

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA INFORMACIÓN



TESIS DOCTORAL

La formación universitaria de posgrado en salud pública

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Adriana María Caillon Guidi

Director

Jesús Millán Núñez Cortés

Madrid, 2018



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA INFORMACIÓN

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE INVESTIGACIÓN

ORTEGA Y GASSET

DOCTORADO EN PROBLEMAS CONTEMPORÁNEOS

EN LA SOCIEDAD DE LA INFORMACIÓN

Tesis Doctoral

LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA DE POSGRADO

EN SALUD PÚBLICA

Presentada por

ADRIANA MARIA CAILLON GUIDI

Director de la Tesis

DR. JESÚS MILLÁN NÚÑEZ CORTÉS

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Madrid, 2017

La formación universitaria de posgrado en Salud Pública
Adriana María Caillon Guidi

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA



Al Instituto Universitario de Investigación Ortega y Gasset y a la Universidad Complutense de Madrid que trajeron a este lado del Atlántico la posibilidad de una titulación largamente deseada y muchas veces considerada imposible. A su Director, a sus docentes y su personal que acompañaron las tareas académicas y las otras con idoneidad y aliento.

Al Prof. Dr. Jesús Millán Núñez Cortés y al Académico Prof. Dr. Antonio Raúl De los Santos por resolver las instancias académicas e institucionales con inusual premura y cordialidad.

Al sistema público de educación de mi país, abierto, irrestricto y gratuito, por cuyos niveles, espacios e instituciones transitó como alumna, maestra, estudiante, docente, profesora, colega y defensora.

A la Universidad de Buenos Aires donde me formé e inicié mi carrera docente universitaria, al Ministerio de Educación y a la Secretaría de Planeamiento de la Universidad Nacional del Litoral y a sus facultades, que alentaron y sostuvieron en los últimos años un trabajo colaborativo intenso y productivo que valoro y agradezco profesional y personalmente.

A mis queridos alumnos y compañeros, a sus preguntas y sus respuestas, a las discusiones y los acuerdos, a los desafíos y al acompañamiento.

CON TODO MI AFECTO

Al Prof. Dr. Vicente E. Mazzáfero, Director de la Escuela de Salud Pública de la UBA, maestro entrañable, para quien la profesión de la Salud Pública y la vida fueron siempre una misma cosa.

Al recuerdo del Dr. Carlos Fernández, a su contagioso entusiasmo y su trabajo incansable por la Educación Médica, porque me mostraron un campo de conocimiento donde aunar la preocupación por las políticas públicas de salud y la educación.

Al Académico Prof. Dr. Alfredo Zurita por el humor y las noticias, por proponer discusiones continuas y actualizadas sobre Salud Pública.

A mi sobrina Triana que eligió estudiar y graduarse en la Facultad de Medicina de la UBA completando maravillosamente un camino soñado por su bisabuela en tiempos imposibles.

A mis hijos, siempre, y a mi nieta y nietos ahora, porque sus presencias, miradas y palabras me mantienen atenta a la vida.

LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA DE POSGRADO EN SALUD PÚBLICA

***Presentada por
ADRIANA MARIA CAILLON GUIDI***

MADRID, 2017



ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS.....	16
ÍNDICE DE GRÁFICOS	17
ÍNDICE DE CUADROS	18
RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	21
PALABRAS CLAVE	23
RESUMEN	23
ABSTRACT AND KEY WORDS. <i>Postgraduate training in Public Health</i>	29
KEY WORDS	31
ABSTRACT	31
INTRODUCCIÓN.....	37
PRIMERA PARTE. <i>La formación de posgrado en Salud Pública como tema de investigación</i>	45
CAPÍTULO 1. Incidencia de las políticas neoliberales en la oferta de posgrado	47

PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	47
HIPÓTESIS INICIALES. DESPLAZAMIENTOS, TENDENCIAS Y APROXIMACIONES ANALÍTICAS	49
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	51
CAPÍTULO 2. Decisiones metodológicas	53
UNIDADES DE ANÁLISIS Y FUENTES DE INFORMACIÓN	53
TIPOLOGÍAS, GRUPOS Y MODELOS ANALÍTICOS	55
DIMENSIONES Y VARIABLES	57
DEFINICIONES OPERATIVAS E INDICADORES. <i>PARA EL ANÁLISIS DE LAS TRANSFORMACIONES EN EL SECTOR TRABAJO/EMPLEO, DESARROLLADO EN LA PRIMERA APROXIMACIÓN</i>	61
DEFINICIONES OPERATIVAS E INDICADORES. <i>PARA EL TRATAMIENTO DE LAS VARIABLES RELATIVAS A LAS INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES Y EDUCATIVAS</i>	65
DEFINICIONES OPERATIVAS E INDICADORES. <i>PARA EL TRATAMIENTO DE LAS VARIABLES RELATIVAS A LA FORMACIÓN Y CURRICULUM</i>	66
CAPÍTULO 3. Transformaciones en el capitalismo y Reformas del Estado	69
EL ESTADO Y LO PÚBLICO COMO CONCEPCIÓN EN SALUD Y EDUCACIÓN	69
MERCADO DE TRABAJO Y EMPLEO. LA CONDICIÓN SALARIAL.....	76

POLÍTICAS PÚBLICAS, ADMINISTRACIÓN, GERENCIA Y GESTIÓN COMO CAMPOS DE CONOCIMIENTO	78
LA TEORÍA CURRICULAR	82
DISCUSIONES	84
CAPÍTULO 4. Antecedentes, estudios y publicaciones sobre el tema.....	87
LOS ESTUDIOS DE POSGRADO	89
<i>CONFORMACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA.....</i>	<i>89</i>
LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) Y LOS LINEAMIENTOS PARA LA FORMACIÓN	94
ESTADO DE SITUACIÓN DE LA FORMACIÓN. INFORME DE LA ASOCIACIÓN DE ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA DE LA ARGENTINA (AESPA).....	98
SEGUNDA PARTE. Aproximaciones analíticas al objeto de estudio.....	103
CAPÍTULO 5. Primera aproximación analítica al objeto de estudio.	
La Dimensión social amplia como determinante del currículum y la formación.....	105
ESTRUCTURA Y TRANSFORMACIONES EN EL SECTOR SALUD Y SUBSECTORES.....	107
<i>FINANCIAMIENTO DEL SECTOR Y SUBSECTORES.....</i>	<i>109</i>
<i>ORGANISMOS MULTILATERALES DE CRÉDITO.....</i>	<i>110</i>

<i>EL SECTOR SALUD COMO ÁMBITO LABORAL.....</i>	112
<i>PERSONAL OCUPADO EN SECTORES Y SUBSECTORES</i>	115
<i>LA FORMACIÓN DEL PERSONAL OCUPADO. COMPOSICIÓN DEL EMPLEO.....</i>	118
<i>MODALIDADES DE CONTRATACIÓN Y FLEXIBILIZACIÓN LABORAL.....</i>	122
LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA COMO ÁMBITO LABORAL Y LAS REFORMAS DEL ESTADO	127
<i>LA BUROCRACIA ESTATAL.....</i>	132
LA UNIVERSIDAD COMO ÁMBITO LABORAL. INSERCIÓN DOCENTE EN LOS POSGRADOS Y MERCADO DE TRABAJO ACADÉMICO.....	135
HALLAZGOS ARGUMENTALES Y DISCUSIONES	142
CAPÍTULO 6. Segunda aproximación analítica al objeto de estudio.	
La Dimensión gubernamental-institucional como determinante del currículum y la formación.....	145
LAS INSTITUCIONES Y LAS POLÍTICAS GUBERNAMENTALES EN SALUD PÚBLICA	146
<i>LOS MINISTERIOS DE SALUD</i>	148
<i>EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN. LA LEY DE EDUCACIÓN SUPERIOR Y LA CONEAU</i>	149
LAS INSTITUCIONES FORMADORAS EN SALUD PÚBLICA. ESCUELAS, INSTITUTOS Y UNIVERSIDADES.....	153

<i>SEDE INSTITUCIONAL DE LAS CARRERAS A 2002</i>	159
 <i>FUNDAMENTACIÓN Y OBJETIVOS DE LAS CARRERAS.</i>	
<i>¿INTERÉS SOCIAL O GESTIÓN ORGANIZACIONAL?</i>	167
 <i>DIRECTORES DE LAS CARRERAS</i>	172
 <i>CONVENIOS CON INTERESTATALES Y ÁMBITOS DE SALUD</i>	173
 <i>DOCENTES. DEDICACIÓN Y FORMACIÓN</i>	174
 <i>INGRESANTES Y EGRESADOS. TÍTULOS DE GRADO E INSERCIÓN LABORAL</i>	177
 INSERCIÓN LABORAL DE LOS ALUMNOS	184
 <i>COSTOS, FINANCIAMIENTO Y BECAS</i>	185
 HALLAZGOS ARGUMENTALES Y DISCUSIONES	188
 CAPÍTULO 7. Tercera aproximación analítica al objeto de estudio.	
La Dimensión didáctico-áulica	
como determinante de la formación	191
 LOS PLANES DE ESTUDIO Y LAS ACTIVIDADES COMO DISEÑOS CURRICULARES	193
 <i>LOS CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS Y LA FRAGMENTACIÓN DE LA CARGA HORARIA</i>	194
 <i>ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL PLAN DE ESTUDIOS</i>	199
 CONTEXTO SOCIAL, DOCENCIA Y ACTIVIDAD SANITARIA.	

¿FORMACIÓN INTEGRAL?	202
<i>DESARROLLO O IMPLEMENTACIÓN DEL CURRÍCULUM.</i>	
<i>INTENSIDAD Y FRECUENCIA DE ACTIVIDADES PRESENCIALES</i>	202
<i>DIDÁCTICA Y METODOLOGÍAS DE ENSEÑANZA</i>	205
<i>FORMACIÓN EN Y PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL</i>	207
<i>LA INVESTIGACIÓN. FORMACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DE TESIS</i>	
<i>Y TRABAJOS DE GRADUACIÓN</i>	212
HALLAZGOS Y DISCUSIONES	217
CAPÍTULO FINAL. Conclusiones	221
MODELOS ANALÍTICOS PARA LA FORMACIÓN DE POSGRADOS	
Y SU EXTENSIÓN A OTROS CASOS DE ANÁLISIS POLÍTICO-CURRICULAR	221
LOS OBJETIVOS, LAS HIPÓTESIS INICIALES Y LA TESIS	224
LA OFERTA DE FORMACIÓN Y LAS DEMANDAS A LA FORMACIÓN	226
NOTA FINAL	229
BIBLIOGRAFÍA	231
DE AUTOR	233
ANEXOS	243

DOCUMENTOS CONSULTADOS.....	245
SIGLAS UTILIZADAS.....	247
CUADROS BASE PARA LA TABLA 11 DE CONTENIDOS Y CARGA HORARIA	248
FICHA INDIVIDUAL.....	253
DENOMINACIÓN Y PERTENENCIA INSTITUCIONAL DE LAS CARRERAS ANALIZADAS.....	254
TÍTULOS DE TESIS Y TRABAJOS FINALES POR GRUPO	259

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. DE CORRELACIÓN: TEMAS, DIMENSIONES, VARIABLES E INDICADORES.....	59
TABLA 2. SEDE INSTITUCIONAL DE LAS CARRERAS Y CARGA HORARIA	99
TABLA 3. ALUMNOS Y DOCENTES.....	101
TABLA 4. ESTABLECIMIENTOS SEGÚN DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	108
TABLA 5. NIVEL DE EDUCACIÓN. PORCENTAJE SOBRE PEA.....	119
TABLA 6. OCUPACIÓN EN RELACIÓN CON EL NIVEL EDUCATIVO	120
TABLA 7. DESOCUPACIÓN EN RELACIÓN CON EL NIVEL EDUCATIVO	121
TABLA 8. SEDE INSTITUCIONAL DE LAS CARRERAS A 2002.....	160
TABLA 9. EVOLUCIÓN DE LA OFERTA DE POSGRADOS	177
TABLA 10. ALUMNOS INSCRIPTOS POR MODALIDAD DE CARRERA Y ÁREA	179
TABLA 11. SÍNTESIS DE CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS Y CARGA HORARIA	196

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. CARRERAS DE POSGRADO EN TODAS LAS DISCIPLINAS SEGÚN MODALIDAD	90
GRÁFICO 2. CARRERAS DE POSGRADO EN CIENCIAS DE LA SALUD SEGÚN MODALIDAD	91
GRÁFICO 3. CRECIMIENTO DE LA OFERTA DE CARRERAS DE POSGRADO EN CIENCIAS DE LA SALUD SEGÚN MODALIDAD	92
GRÁFICO 4. ALUMNOS DE POSGRADO EN TODAS LAS DISCIPLINAS SEGÚN MODALIDAD	92
GRÁFICO 5. ALUMNOS DE POSGRADO SEGÚN MODALIDAD EN CIENCIAS DE LA SALUD	93
GRÁFICO 6. PERSONAL OCUPADO EN EL SECTOR SALUD	116
GRÁFICO 7. EVOLUCIÓN DEL EMPLEO PÚBLICO POR JURISDICCIÓN: NACIÓN/ PROVINCIAS.....	128
GRÁFICO 8. CARGOS DOCENTES, PERSONAS EN CARGOS DOCENTES Y DOCENTES CON INCENTIVOS EN UNIVERSIDADES NACIONALES.....	137
GRÁFICO 9. PBI Y PRESUPUESTO UNIVERSIDADES NACIONALES (PUN).....	139

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1. CREACIÓN E INICIO DE ACTIVIDADES	164
CUADRO 2. DIRECTOR DE CARRERA	172
CUADRO 3. FORMACIÓN DE GRADO DE LOS DOCENTES	176
CUADRO 4. DOCENTES SEGÚN TÍTULO MÁXIMO	176
CUADRO 5. INSCRIPTOS A LAS CARRERAS DEL ÁREA DE SALUD PÚBLICA EN ESTUDIO	180
CUADRO 6. ALUMNOS SEGÚN TÍTULO DE GRADO	183
CUADRO 7. INSERCIÓN LABORAL DE ALUMNOS	184
CUADRO 8. FINANCIAMIENTO Y COSTOS / ARANCELES.....	186
CUADRO 9. BECAS	187
CUADRO 10. CARRERAS SEGÚN SU DURACIÓN EN MESES Y HORAS	202
CUADRO 11. FORMACIÓN EN LA PRÁCTICA Y PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL	211
CUADRO 12. INVESTIGACIÓN	214

GRUPO I: CARRERAS DE ESPECIALIZACIÓN EN SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA	248
GRUPO II: MAESTRÍAS EN SALUD PÚBLICA.....	249
GRUPO III: CARRERAS DE ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN.....	250
GRUPO IV: MAESTRÍAS EN ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN	251
GRUPO V: ESPECIALIZACIONES Y MAESTRÍAS CON SUBESPECIALIDADES.....	252

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

PALABRAS CLAVE

Formación de posgrado Salud Pública-Políticas neoliberales Empleo-Mercado académico Instituciones universitarias Curriculum.

RESUMEN

El período transcurrido entre los años 1990 y 2002 en Argentina ha sido un período de gobiernos democráticos, surgidos de elecciones nacionales celebradas en 1989, 1995 y 1999.

A pesar de ser resultado de la voluntad popular y de corresponder a diferentes partidos políticos, los gobernantes desarrollaron políticas claramente neoliberales privatizando empresas públicas, nacionalizando la deuda externa privada, emitiendo bonos y monedas locales, congelando salarios, ajustando haberes hasta reducirlos aún en términos absolutos, reduciendo la cobertura en salud y educación y generando vía apertura de importaciones la eliminación de pequeñas empresas y cooperativas. Estas y otras medidas serán consideradas, en los términos de esta tesis, como generadoras del desempleo y la precarización laboral que llegó a cifras del 21,5% en 2002.

En 2001 y 2002 se produjo una profunda crisis en una sociedad que no conseguía sostener algún modo de representación política.

El gobierno surgido de elecciones nacionales que asumió en 2003 desarrolló una política altamente cuestionadora de las de los gobiernos anteriores, en particular las vinculadas al papel del Estado, la deuda externa y el desempleo.

Por ello, aún cuando se considera que durante estos últimos años no se revirtieron las consecuencias profundas de las políticas neoliberales de los años 90, esta tesis se ocupa de la formación universitaria Salud Pública, vinculada a las políticas neoliberales de los años 80 y 90 en Argentina, proponiendo ese recorte temporal.

Se aborda para ello el estudio de la oferta de posgrado en SP desde tres dimensiones: social amplia, gubernamental-institucional y didáctica. Se busca en particular estimar la relación/determinación de las transformaciones neoliberales, especialmente en el mundo del trabajo, sobre la formación de los profesionales que se desempeñan o podrían desempeñarse en el ámbito de la Salud Pública.

Se entiende en esta tesis a la Salud Pública como el conjunto de las políticas públicas que conforman las respuestas organizadas de una sociedad, para la promoción, prevención y atención de los problemas de la salud. Como responsabilidad del Estado se la estima pública en tanto siga la *lógica de las necesidades sociales* y vincule la educación y la formación de RRHH con los servicios de salud. El nuevo patrón de acumulación, las reformas en el empleo y el papel regulador del Estado son de estudio central para esta perspectiva. (Laurell, A.C. 2000)⁴⁴.

Su intención es argumentar sobre la posibilidad de creación de una fuerza de trabajo apta para la formulación de políticas públicas para el sector. Al analizar si el desempleo, la precarización laboral, la privatización y otros componentes de las políticas neoliberales han influido en los contenidos y actividades seleccionados para la formación y si estimulan la decisión de cursarlos en términos de rédito individual, se estima

44 Esta lógica incluye considerar la igualdad de acceso a los servicios, la gratuidad de la atención y los medicamentos, un modelo de atención integral basado en redes de servicios, APS territorializada, financiamiento fiscal.

la posibilidad de contar en un futuro con recursos humanos con conocimiento de políticas públicas para el interés común. Es en este sentido es que el tema de la tesis se define como un problema de política pública y un asunto de Estado.

La investigación se ha realizado bajo la hipótesis de que las transformaciones estructurales, en el contexto de las políticas neoliberales de los 80 y 90, han determinado los aspectos centrales de la formación universitaria en salud pública, y consecuentemente las características de la fuerza de trabajo disponible a futuro para la implementación de las políticas públicas en el sector.

Se sostiene que contribuyen particularmente a estos procesos los cambios en el mercado de trabajo y la posibilidad de inserción laboral reducida por el desempleo, la precarización laboral y la tercerización en la administración pública y las universidades. La percepción de los cursantes acerca del contacto con posibles empleadores o instituciones vinculadas al crédito de organismos, actúa sobre la conformación y sustentabilidad de una oferta de formación tan amplia en número como reducida en sus exigencias de prácticas, presencia, y carga horaria de dictado intensivo y en aula.

Para describir los antecedentes de la formación y de los estudios sobre el tema, se presenta un estudio sobre el campo de los posgrados, un Informe de la Asociación de Escuelas de Salud Pública anterior a los 90 y los lineamientos propuestos por la Organización Panamericana de la Salud coincidentes en sus apreciaciones sobre el estado de la formación.

Es necesario observar, problematizar y conceptualizar un campo complejizado por la aparición de nuevos paradigmas y nuevas temáticas pero fundamentalmente por el cam-

bio en el peso relativo de los diferentes sectores y actores sociales en la configuración y la determinación curricular. Se argumenta por eso sobre los debates internos en el campo de conocimiento de la salud pública y en las disciplinas que lo constituyen: la salud, las políticas públicas, la administración, la gestión, la nueva gerencia, entre otras en consonancia con el contexto de las transformaciones sociopolíticas neoliberales del período.

Estas consideraciones, de amplia circulación y aceptación entre los profesionales dedicados a las políticas de salud, pueden extenderse a la formación de posgrado de estos profesionales y a la necesidad de contar con un número y distribución adecuada de recursos humanos formados para atender las necesidades de salud de la población desde lo público, ámbito al que no responde satisfactoriamente la regulación del mercado.

La tesis argumenta sobre la existencia, en el periodo 1990-2002, de tendencias que desplazan la formación:

- desde el Estado al mercado/ de lo público a lo privado/ de lo universal a lo particular
- desde los Ministerios de Salud a la Universidad/del ámbito de salud al de educación como organizadores de los programas y contenidos
- desde las políticas públicas y la administración hacia la gerencia y la gestión como propósito central de la formación

Las tendencias mencionadas modifican:

- las temáticas centrales y los contenidos de los posgrados y los títulos que otorgan desde las políticas en salud pública o administración a las estrategias de gerencia y gestión de servicios

- la tradicional modalidad de organización curricular de cursos, diplomas o residencias transformándolas en especializaciones y maestrías
- los destinatarios de la formación, tradicionalmente funcionarios o fuerza de trabajo en el sector con dedicación plena al cursado dirigiéndola al usuario/cliente/consumidor y proponiendo un aprovechamiento particularizado no universal, reduciendo así su impacto en la atención de la salud.

El análisis de estos desplazamientos organiza el proyecto de investigación en tres aproximaciones analíticas al objeto de estudio:

La primera aproximación profundiza el análisis de la *dimensión social amplia* como determinante del curriculum de estos posgrados. Incluye la descripción de los procesos de retiro del Estado y el estudio de los ámbitos sociopolítico y económico que han configurado nuevos mercados de trabajo y empleo para los profesionales de la Salud Pública.

Se describe también allí a los sectores de la Administración Pública Nacional y a las universidades como ámbitos laborales, incorporando el concepto de *mercado académico*. Se concluye que la disminución del empleo en el sector público y la precarización laboral define los contenidos y modalidades de la formación en este nivel. La búsqueda de oportunidades de inserción laboral configura la demanda de formación con perfil más técnico que crítico o académico que se vincula a la posibilidad de incorporación a los proyectos y programas gubernamentales o de los Organismos multilaterales de crédito.

La segunda aproximación analítica al objeto de estudio profundiza en la historia y las tradiciones de la formación en el campo del SP, desde el Higienismo a las maestrías actuales. Describe las consecuencias de la descentralización en los Ministerios de Salud y Educación en tanto instancias gubernamentales y las políticas educativas de privati-

zación y evaluación en Educación Superior. Analiza su relación o desvinculación del campo sanitario, tanto en sus orientaciones como en el impacto probable en la salud de las poblaciones.

Al describir el contexto institucional de dependencia de estas carreras, es decir las universidades o institutos en que se dictan, la fundamentación o razón de su creación y sus orientaciones hacia perfiles diferentes de graduación argumenta sobre el predominio de objetivos más cercanos a la gestión de las organizaciones que a su administración o planificación desde las políticas.

La tercera aproximación se ocupa finalmente de los aspectos relativos al curriculum de la formación entendiendo por curriculum la síntesis de los aspectos educativos determinados por las dimensiones mencionadas en las aproximaciones anteriores. Dirigida a estudiar los planes de estudio, sus contenidos, estructura, duración, desarrollo, implementación y resultados, analiza la formación efectiva que resulta de estas decisiones educativas.

Cada aproximación concluye con la síntesis de los hallazgos pertinentes a la tesis y las discusiones que podrían haber orientado el análisis. Estos hallazgos se recuperan en el Capítulo final y en las tareas planteadas a futuro, en especial con la definición de un modelo analítico siguiendo la conceptualización weberiana de *tipo ideal* con las que concluye la tesis.

ABSTRACT AND KEY WORDS

Postgraduate training in Public Health

KEY WORDS

Postgraduate Training Public Health Neoliberal Policies Employment Academic Market Educational Institutions Curriculum.

ABSTRACT

In Argentine from 1990 to 2002 there was a period of Democratic governments, resulting from National elections in 1989, 1995 and 1999.

Even though it was the result of the will of the people and they belonged to different political parties, the governments developed clearly Neoliberal policies privatizing public enterprises, nationalizing the external private debt, issuing bonds and local currencies, freezing salaries, adjusting incomes until reducing them even in absolute terms, reducing the healthcare coverage and the education investment and causing the closure of small enterprises and cooperatives by the opening of imports. These and other measures will be considered, in the terms of this thesis, as the cause for unemployment and precarious employment, which reached 21.5% in 2002.

In 2001 and 2002 there was a deep crisis in the society that could not manage to hold any political representation.

The government resulting from national elections, which took office in 2003, developed a policy that highly questioned those of previous governments, specially the ones related to the role of the State, the external debt and unemployment.

Thus, even when considering that in the last few years the deep consequences of the neoliberal policies of the 90s have not been reversed, this thesis is concerned with university education in Public Health regarding the neoliberal policies only in the 80s and 90s in Argentina.

This entails a study of the offers of postgraduate courses in Public Health from a broad social, institutional governmental and didactic framework. The purpose is to estimate the relationship/ determination of the neoliberal transformations, especially in the working world, on the training of the professionals who work or could work in the field of Public Health.

In this thesis, Public Health is understood as the set of social policies that form the answers organized by the society for the promotion, prevention, and treatment of health problems. As a State responsibility, it is considered public as long as it is in line with social necessities and links both education and the training in Human Resources with Health Services. The new model of accumulation, the reforms in the field of employment and the regulating role of the State are the main study for this perspective. (Laurell, A.C. 2000).⁴⁵

This thesis has sought to argue about the possibility of the creation of a workforce suitable for the formulation of public policies for the area. When analyzing if unemployment, precarious employment, privatization and other elements of the neoliberal policies have influenced the contents and activities chosen for the training and if they encourage the decision of training as an individual gain, the possibility of having human resources with the knowledge of public policies for the common interest is estima-

45 This approach includes considering equity of access to services, free medical care and medications, a model of integrated health care based on service networks, PHC territoriality, government funding.

ted in the future. It is in this sense that the topic of this thesis is defined as a problem of public policies and a State affair.

The research has been carried out under the hypothesis that the structural transformations, in the context of the neoliberal policies of the 80s and 90s, have determined the main aspects of university training in Public Health, and, consequently, the characteristics of the workforce available in the future for the implementation of public policies in the area.

It is argued that the changes in the work market and the possibility of work insertion limited by unemployment, the precarization of the work market and the outsourcing in the public administration and universities particularly contribute to these processes. The perception of students as regards the contact with potential employers or institutions connected to the reputation of institutions, acts over the formation and sustainability of the training courses offers which are so wide in number as reduced in the requirements of practices, attendance and the number of intensive training hours in the classroom.

In order to describe the background of the training courses and of the studies on the subject, a study of the postgraduate courses, a report of the Association of Schools of Public Health done before the 90s and the guidelines suggested by the Pan American Health Organization consistent with the assessment about the training situation, are presented.

It is necessary to observe, problematize and conceptualize a more complex field by the appearance of new paradigms and new topics but mainly by the change of the relative

weight of the different sectors and social actors in the curricular design and determination. Thus, it is argued on the internal debates in the field of knowledge of Public Health and the disciplines that constitute it: health, public policies, administration, the management, the new management among others in line with the context of neoliberal socio-political transformations of the period.

These considerations, broadly shared and accepted among the professionals devoted to health policies, can be extended to the postgraduate training of these professionals and the necessity of having a number and an adequate distribution of human resources trained to respond to the health needs of the population from the public sector which does not respond satisfactorily to the market regulation.

The thesis argues about the existence of trends in the period 1990-2002 that shift training:

- from the State to the market/ from the public to the private sector/ from the universal to the particular.
- From the Health Ministries to University/ from the field of health to that of education in order to organize syllabus and contents.
- from public policies and the administration to the management as the main purpose of the training.

The abovementioned trends modify:

- The main topics and the contents of the postgraduate courses and the degrees which are given from the policies in Public Health or administration to the mana-

gement strategies and service management.

- The traditional modality of organizing curricular courses, diplomas or residencies transforming them in specializations or masters.
- The target group for the training, traditionally officers or a workforce in the sector fully devoted to training and focus it on the user/client/consumer proposing a particularized use, not a universal one, thus reducing its impact on Health care.

The analysis of these changes conceives the research project in three analytical approaches to the object of study:

The first approach deepens the analysis of the broad social framework as decisive of the study plan of these postgraduate courses. It includes the description of the processes of withdrawal of the State and the study of the socio-political and economic sphere that have created new work markets and employment for the Health care professionals.

The sectors of the National Public administration and the universities are described as a work environment, incorporating the academic market concept. It concludes that the decrease of employment in the public sector and the precarious employment define the contents and modalities of the training at this level. The search of opportunities of work insertion influence the demand for training with a technical rather than critical or academic profile that is related to the possibility of incorporating into the projects and government programmes or into the multilateral credit organizations.

The second analytical approach to the object of study deepens in the history and training traditions in the public health sector, from Hygiene to the current masters. It des-

cribes the consequences of decentralization in the Health and Education Ministries in government departments and the educational policies of privatization and assessment in higher education. It analyses its relationship or disassociation, both in its orientations and in the likely impact on the health of the populations.

The description of the institutional context of dependency of these courses, that is to say, the universities or institutes in which the courses are taught, or the justification or the reason of their creation and its orientation towards different graduation profiles are based on the predominance of objectives nearer the management of organizations rather than its administration or planning from policies.

Finally, the third approach deals with the aspects concerning the training curriculum. By curriculum it is meant a summary of the educational aspects determined by the abovementioned approaches. The thesis is aimed at evaluating the study plans, its contents, structures, duration, development and results and also analyzing the effective training that arises from these decisions concerning education.

Each approach concludes with the syntheses of the findings relevant to the thesis and the discussions that could have oriented the analysis. These findings are also mentioned in the final chapter and in the tasks for the future, specially in the definition of an analytical model following the ideal Weberian conceptualization with which the thesis concludes.

INTRODUCCIÓN

El período transcurrido entre los años 1990 y 2002 en Argentina ha sido un período de gobiernos democráticos, surgidos de elecciones nacionales celebradas en 1989, 1995 y 1999.

A pesar de ser resultado de la voluntad popular y de corresponder a diferentes partidos políticos, los gobernantes desarrollaron políticas claramente neoliberales privatizando empresas públicas, nacionalizando la deuda externa privada, emitiendo bonos y monedas locales, congelando salarios, ajustando haberes hasta reducirlos aún en términos absolutos, reduciendo la cobertura en salud y educación y generando vía apertura de importaciones la eliminación de pequeñas empresas y cooperativas. Estas y otras medidas serán consideradas, en los términos de esta tesis, como generadoras del desempleo y la precarización laboral que llegó a cifras del 21,5% en 2002.

En 2001 y 2002 se produjo una profunda crisis en una sociedad que no conseguía sostener algún modo de representación política.¹

El gobierno surgido de elecciones nacionales que asumió en 2003 desarrolló una política altamente cuestionadora de las políticas de gobiernos anteriores, en particular las vinculadas al papel del Estado, la deuda externa y el desempleo.

Por ello, aún cuando se considera que durante estos últimos años no se revirtieron las consecuencias profundas de las políticas neoliberales de los años 90, esta tesis se ocupa

1 Durante lo que se denominó crisis del 2001 se sucedieron en el país 4 presidentes en un contexto de asambleas populares y alta conmoción social. El último de estos presidentes convocó a elecciones nacionales en el año 2002 siendo elegido el Dr. N. Kirchner, cuya plataforma cuestionaba profundamente las medidas neoliberales y proponía una agenda sustancialmente diferente.

de la formación universitaria en salud y educación, vinculada a las políticas neoliberales características de los años 80 y 90 en Argentina, proponiendo ese recorte temporal.

Se aborda entonces el estudio de las dimensiones sociales amplias, gubernamental-institucionales y didácticas, en época de transformaciones estructurales del capitalismo y de las políticas neoliberales en trabajo, salud y educación. Se pretende en particular estimar la relación/determinación de estas transformaciones sobre la formación de los profesionales que se desempeñan o podrían desempeñarse en el ámbito de la salud pública.

Se entiende en esta tesis a la Salud Pública como el conjunto de las políticas públicas que conforman las respuestas organizadas de una sociedad, para la promoción, prevención y atención de los problemas de la salud. Como responsabilidad del Estado se la estima pública en tanto siga la *lógica de las necesidades sociales* y vincule la educación y la formación de RRHH con los servicios de salud. El nuevo patrón de acumulación, las reformas en el empleo y el papel regulador del Estado son de estudio central para esta perspectiva. (Laurell, Asa C. 2000)².

Su intención es argumentar sobre la posibilidad de creación de una fuerza de trabajo apta para la formulación de políticas públicas para el sector en un período de políticas neoliberales.

Al analizar si el desempleo, la precarización laboral, la privatización y otros componentes característicos de las políticas neoliberales han influido en los contenidos y

2 Esta lógica incluye considerar la igualdad de acceso a los servicios, la gratuidad de la atención y los medicamentos, un modelo de atención integral basado en redes de servicios, APS territorializa-

actividades seleccionados para la formación, y si estimulan la decisión de cursar los posgrados en términos de atención a las necesidades sociales o de rédito individual, se estima la posibilidad de contar en un futuro con recursos humanos con conocimiento de políticas públicas para el interés común, formados para atender las necesidades de salud de la población desde el ámbito de lo público, ámbito que no responde satisfactoriamente a la regulación del mercado. Es en este sentido que el tema de la tesis se define como un problema de política pública y asunto de Estado.

La investigación se ha realizado bajo la hipótesis de que las transformaciones estructurales, en el contexto de las políticas neoliberales de los '80 y 90, han determinado los aspectos centrales de la formación universitaria en el tema, y consecuentemente las características de la fuerza de trabajo disponible a futuro para la implementación de las políticas públicas en el sector. Se sostiene que contribuyen particularmente a estos procesos los cambios en el mercado de trabajo y la posibilidad de inserción laboral reducida por el desempleo, la precarización laboral y la tercerización en la administración pública y las universidades. La percepción de los cursantes acerca del contacto con posibles empleadores o instituciones vinculadas al crédito de organismos, actúa sobre la conformación y sustentabilidad de una oferta de formación tan amplia en número como reducida en sus exigencias de prácticas, presencia, y carga horaria de dictado intensivo y en aula.

Es necesario observar, problematizar y conceptualizar un campo complejizado por la aparición de nuevos paradigmas y nuevas temáticas pero fundamentalmente por el cambio en el peso relativo de los diferentes sectores y actores sociales en la configuración y la determinación curricular. Se argumenta para ello sobre los debates internos en el campo de conocimiento de la Salud Pública y en las disciplinas que lo constituyen: la salud, las políticas públicas, la administración, la gestión, la nueva gerencia

da, financiamiento fiscal.

entre otras, en consonancia con el contexto de las transformaciones sociopolíticas neoliberales del período.

La tesis argumenta sobre la existencia, en el periodo 1990-2002, de tendencias que desplazan la formación desde los ámbitos y modalidades tradicionales a otros acordes a las nuevas en varios sentidos:

- desde el Estado al mercado/ de lo público a lo privado/ de lo universal a lo particular como instancias de desarrollo y control;
- desde los Ministerios de Salud a la Universidad/del ámbito de salud al de educación como organizadores de los programas y contenidos;
- desde las políticas públicas y la administración hacia la gerencia y la gestión como propósito central de la formación.

Las tendencias mencionadas modifican:

- Los destinatarios de la formación, tradicionalmente funcionarios o fuerza de trabajo en el sector con dedicación plena al cursado dirigiéndola al usuario/cliente/ consumidor y proponiendo un aprovechamiento particularizado no universal, reduciendo así su impacto en la atención de la salud.
- La tradicional modalidad de organización curricular de cursos, diplomas o residencias transformándolas en especializaciones y maestrías.
- Las temáticas centrales y los contenidos de los posgrados y los títulos que otorgan desde las políticas en salud pública o administración a las estrategias de gerencia y gestión de servicios.

El análisis de estos desplazamientos organiza el proyecto de investigación en tres aproximaciones analíticas al objeto de estudio:

La primera aproximación profundiza el análisis de la *dimensión social amplia* como determinante de la formación y el currículo de estos posgrados incluyendo la descripción de los procesos de retiro del Estado y el estudio de los ámbitos sociopolítico y económico que han configurado nuevos mercados de trabajo y empleo para los profesionales de la Salud Pública. Se considera en particular que la disminución del empleo en el sector público y la precarización laboral en general tanto como la inserción laboral, real o esperada por los profesionales del campo, en tanto estudiantes o docentes de posgrado, definen los contenidos y modalidades de la formación en este nivel. Configuran una demanda de formación con perfil más técnico que crítico o académico. Esta demanda se vincula a la posibilidad de incorporación a los proyectos y programas gubernamentales o de los organismos multilaterales de crédito y al mercado académico.

La segunda aproximación analítica al objeto de estudio profundiza en la historia y las tradiciones de la formación en el campo y en el análisis del contexto institucional de dependencia de ministerios, escuelas, universidades, institutos privados y públicos y su relación o desvinculación del campo sanitario, tanto en sus orientaciones como en el impacto probable en la salud de las poblaciones.

Describe el contexto gubernamental e institucional de dependencia de estas carreras, las universidades o institutos en que se dictan, la fundamentación o razón de su creación y sus orientaciones hacia perfiles diferentes de graduación.

La tercera aproximación se ocupa de los aspectos relativos al currículo de la formación entendiendo por currículo la síntesis de los aspectos educativos determinados por las

dimensiones mencionadas en las aproximaciones anteriores. Dirigida a estudiar los planes de estudio, sus contenidos, estructura, duración, desarrollo, implementación y resultados, analiza la formación efectiva que resulta de estas decisiones educativas.

Cada aproximación concluye con la síntesis de los hallazgos pertinentes a la tesis y las discusiones que podrían haber orientado el análisis. Estos hallazgos se recuperan en las Conclusiones donde se modeliza una forma de análisis y se plantean algunas tareas a futuro con las que concluye la tesis.

PRIMERA PARTE

La formación de posgrado en Salud Pública como tema de investigación

CAPÍTULO 1

Incidencia de las políticas neoliberales en la oferta de posgrado

PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN

Los determinantes curriculares de la formación en el campo de la Salud Pública se constituyen en problema de investigación al observarse que definen la formación real. Su adecuación/inadecuación para la creación de una masa crítica de profesionales que respondan a las necesidades de salud de la población y formulen e implementen políticas conducentes a su satisfacción, es la cuestión central.

La descripción del conjunto de los programas de posgrado que se dictan en las universidades argentinas en el área de las políticas de salud, muestra:

- un crecimiento numérico que ha elevado la oferta de posgrados de 6 programas con modalidad de Diplomatura y otro tanto como especializaciones, en temas de administración y políticas en salud o salud pública, a más de 40 entre los años 1994 y 1998;
- el crecimiento concomitante de la matrícula impulsado por la legislación vigente desde 1995 que establece un tiempo para acreditar la titulación de posgrado en la designación de docentes en la universidad;
- la repetición y fragmentación interna, temporal y temática, en el dictado de los seminarios que conforman cada programa de posgrado, facilitando su cursado y la presencia de los mismos docentes en varios de ellos;

- la presencia, en los títulos que otorgan, de términos como gestión, gerencia, calidad y otros en correspondencia con el discurso economicista y eficientista hegemónico en esas décadas;
- los temas de tesis que se desarrollan en temáticas de interés personal alejadas de las necesidades de salud y las políticas públicas;
- el arancelamiento y el financiamiento individual, a cargo de los cursantes, sin provisión de becas, lo que diferencia esta oferta de las existentes en las décadas del '60 y 70 que becaba a funcionarios y empleados del sistema público a fin de capacitarlos en servicio y garantizar la actualización en las funciones a desempeñar para el cuidado integral de la población.

Esta descripción se enuncia como planteo del problema y lleva a la formulación de las siguientes preguntas de investigación a fin de definir los objetivos y metodología del proyecto.

¿Hay relación o determinación del contexto económico y social, en estas décadas de transformaciones del capitalismo, sobre la conformación de la oferta de posgrados y sus aspectos curriculares?

¿Cuáles han sido las transformaciones en el campo laboral, en el empleo público y de servicios que han impactado en la oferta de posgrado modificada por la aparición de nuevas carreras con el predominio de contenidos y temáticas orientada a la gestión y la gerencia?

Las preguntas centrales se desagregan para su tratamiento en las dimensiones analíticas que se enunciarán en el apartado metodológico y que buscan responder:

¿Cuáles son los determinantes y aspectos del currículum en sentido amplio que actúan sobre la formación y cómo la determinan?, ¿cuáles son las tendencias que el currículum configura o determina?

¿Qué instituciones intervienen en su formación?, ¿cuáles son las políticas, las modalidades y las instancias que regulan la formación?

¿Qué modelos de estado, de salud, de docencia, asistencia, qué vinculación con las prácticas y servicios de salud, organizan y subyacen a los planes de estudio y a los programas de formación?

¿Cómo se organiza, define y orienta esta formación?, ¿es efectiva para lograr un profesional que atienda a los requerimientos de mercado o a las necesidades de salud de las poblaciones?

HIPÓTESIS INICIALES. DESPLAZAMIENTOS, TENDENCIAS Y APROXIMACIONES ANALÍTICAS

La investigación se ha realizado bajo la hipótesis de que las transformaciones estructurales, en el contexto de las políticas neoliberales de los '80 y '90, han determinado los aspectos centrales de la formación universitaria en Salud Pública, y consecuentemente las características de la fuerza de trabajo disponible a futuro para la implementación de las políticas públicas en el sector.

Se sostiene que contribuyen particularmente a estos procesos los cambios en el mercado de trabajo y la posibilidad de inserción laboral reducida por el desempleo, la precarización laboral y la tercerización en la administración pública y las universidades. La percepción de los cursantes acerca del contacto con posibles empleadores o instituciones vinculadas al crédito de organismos, actúa sobre la conformación y sustentabilidad de una oferta de formación tan amplia en número como reducida en sus exigencias de prácticas, presencia, y carga horaria de dictado intensivo y en aula.

Se observan como sustento empírico de la hipótesis a desarrollar las tendencias que desplazan la formación desde los ámbitos y modalidades tradicionales a otros acordes a las nuevas orientaciones en varios sentidos:

- desde el Estado al mercado / de lo público a lo privado/ de lo universal a lo particular como instancias de desarrollo y control;
- desde los Ministerios de Salud a la Universidad/del ámbito de salud al de educación como organizadores de los programas y contenidos;
- desde las políticas públicas y la administración hacia la gerencia y la gestión como propósito central de la formación.

Las tendencias mencionadas modifican:

- Los destinatarios de la formación, tradicionalmente funcionarios o fuerza de trabajo en el sector con dedicación plena al cursado dirigiéndola al usuario/cliente/ consumidor y proponiendo un aprovechamiento particularizado no universal, reduciendo así su impacto en la atención de la salud.

- La tradicional modalidad de organización curricular de cursos, diplomas o residencias transformándolas en especializaciones y maestrías.
- Las temáticas centrales y los contenidos de los posgrados y los títulos que otorgan desde las políticas en salud pública o administración a las estrategias de gerencia y gestión de servicios.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se definen como objetivos de la investigación

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar y analizar la oferta universitaria para la formación de posgrado en Salud Pública en Argentina en el período 1990-2002 en relación a las políticas neoliberales de Salud y Educación como determinantes del currículum.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir el campo de la formación de posgrado en Salud Pública en el contexto general de las carreras de posgrado y de los cambios curriculares experimentados en el período 1990-2002.

Analizar las concepciones sobre salud pública y sus componentes que sostienen los programas universitarios de posgrado seleccionados.

Establecer relaciones entre los cambios en las políticas económicas, de reformas del estado y de reformas del sector salud y educación superior con las características de la oferta de formación de posgrado en Salud Pública.

CAPÍTULO 2

Decisiones metodológicas

UNIDADES DE ANÁLISIS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

El universo de programas en estudio ha sido elegido por su pertinencia y productividad para la investigación. Su número y diversidad lo muestra como un conjunto de datos con potencialidad para la construcción de modelos de análisis y enunciación de conceptos y teoría aplicable a otros casos. Las variables definidas en este estudio, al constituir modelos teóricos en sus relaciones, podrán ser aplicadas al análisis de la formación de otros profesionales en contextos particulares. Por esto se destaca que el objeto de estudio e investigación de esta tesis no son las unidades de análisis señaladas sino la relación entre las nuevas configuraciones de esas unidades de análisis y las transformaciones políticas indicadas y descritas en el enunciado del tema y en el encuadre teórico.

Los posgrados seleccionados responden a las áreas que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone en el Documento *Programas de Doctorado y Maestrías* producido por el Grupo de Trabajo de la Dra. Rebecca de los Ríos (1991), a saber:

- área biomédica;
- área clínica y;
- área de la salud pública y afines.

En ese Documento las carreras del Área de Salud Pública (SP) comprenden las Sub-áreas de: Políticas y Administración, Epidemiología, Epidemiología Molecular, Nutrición y Alimentación, Salud Mental, Salud Ocupacional, Medicina del Trabajo, Salud Sexual y Reproductiva, Demografía y Estudios de la Población, Políticas Públicas con mención en salud, Administración Pública con mención de Salud, Economía con mención de Salud.

Estas sub-áreas incluyen carreras que desarrollan tareas, temas y modalidades que se definen desde comunidades científicas diferentes:

- con diferentes concepciones sobre el conocimiento teórico y práctico o para el desempeño profesional;
- en la incorporación o tratamiento de temáticas sociales y de relación con el contexto y con los servicios de salud;
- en la formación de investigadores y docentes, en su valoración de lo biológico, lo experimental, lo sistémico.

Por ello se sistematizan y presentan datos cuantitativos y cualitativos generales y comunes a todas las áreas en un principio, aunque esta tesis selecciona e incluye para el análisis cualitativo y en profundidad los casos que se ubican estrictamente en el área de Salud Pública y las sub-áreas de Salud Pública o salud colectiva, Políticas y administración de la salud, Epidemiología, Salud ocupacional, Demografía y estudios de la población, Políticas públicas con mención en salud, Administración Pública con mención en salud y Economía con mención en salud.³

3 En la publicación de la Reunión sobre la formación de posgrado en salud OPS- 1991 -el Dr. Enrique Stein presenta otra clasificación que no difiere sustancialmente de la que se adopta aquí pero que responde a un estado anterior de la cuestión, ya que los cursos de administración se han transformado en carreras de especialización o maestrías en el contexto de la vigencia de la Ley de Educación

Se dictan también en Argentina en este período carreras en Accidentología, Toxicología, sobre problemática del uso indebido de drogas, en prevención y asistencia de la droga-dependencia, en Educación Médica, en Salud Materno-infantil, en Medicina de familia, en Seguridad social, de Planeación en recurso físico de salud, en Desarrollo social, en Desarrollo urbano, en Gestión del desarrollo urbano, en Recursos naturales y medio ambiente con orientación en saneamiento ambiental (Datos de la Secretaría de Políticas Universitarias, ME. 1999).

Todas estas carreras podrían incluirse por su temática en sub-áreas de la SP. Como son de reciente creación y su objeto está en discusión en el campo, no se incorporan al universo en estudio.

Así fundamentado el recorte, el número de carreras sobre el que se trabaja como total de posgrados universitarios en SP es de 52 especializaciones y maestrías.

TIPOLOGÍAS, GRUPOS Y MODELOS ANALÍTICOS

Al considerar un número elevado de carreras de posgrado constituyendo la oferta de formación, se hizo necesaria una tipificación o criterio de agrupamiento de las unidades de análisis. Se optó por agruparlas según el título que otorgan, criterio coincidente con otras variables a analizar tal como se verá en adelante.

Según se señala en el texto de Esping-Andersen las tipologías pueden resultar útiles porque permiten economía de medios en el análisis, porque al agrupar varias especies

Superior. De la misma manera se han transformado las diplomaturas y se han producido cambios en la carga horaria de los programas.

por sus atributos fundamentales es posible acercarse a su lógica y causalidad y porque constituyen herramientas útiles para generar y comprobar hipótesis.

Sin embargo resultan limitadas porque al eliminar los matices y estáticas, conservan su valor en tiempos limitados (Esping-Andersen, G. 2000). Como la tesis indica claramente un recorte temporal, queda relativizada esta objeción.

Se configuraron así 5 grupos:

- Grupo I: Carreras de especialización en Salud Pública y Epidemiología.
- Grupo II: Maestrías en Salud Pública.
- Grupo III: Carreras de especialización en Administración y gestión.
- Grupo IV: Maestrías en Administración y gestión.
- Grupo V: Carreras de especialización y maestrías con subespecialidades.

En esta tesis se considera que los *tipos ideales* (Weber.M. El político y el científico-1918)⁴ y/o modelos analíticos a los que podría recurrirse con funciones explicativas

4 *Tipo ideal* es un concepto o categoría analítica, creado por Max Weber para aprender los rasgos esenciales de ciertos fenómenos sociales: *Un tipo ideal está formado por la acentuación unidimensional de uno o más puntos de vista y por la cantidad de síntesis de fenómenos concretos difusos(...) los cuales se colocan según estos puntos de vista enfatizados de manera unilateral en una construcción analítica unificada(...) dicha construcción mental(...) puramente conceptual, no puede ser encontrada empíricamente en la realidad.* La tarea del conocimiento es ordenar la realidad y el tipo ideal un instrumento para ello.

o argumentativas, no son equivalentes a los grupos producidos por las tipologías. En este sentido el trabajo de tesis conducirá a producir *modelos teórico-analíticos* aplicables a otros casos, diferentes a la tipología presentada, que ordena/clasifica los posgrados seleccionados para su estudio.

Como esquema básico del trabajo de campo preliminar y conducente a la elaboración de estos modelos analíticos, se incluye en los anexos una ficha de modelo de los datos recogidos para cada carrera provenientes de diversas fuentes.

DIMENSIONES Y VARIABLES

El estudio particular de las dimensiones y variables se realizará sobre las carreras de posgrado, de especialización y maestría, dictadas en Argentina al año 2002.

Es ésta una época de profundas transformaciones en el capitalismo global, lo que obliga a tratar, como ya se ha mencionado, tanto el contexto de la crisis capitalista en los ámbitos de la salud, educación y la sociedad en general, como las tradiciones formativas y sus tendencias de cambio.

En estos aspectos Argentina comparte con países y regiones los cambios en los estados de bienestar y su retiro, la profunda y estructural crisis en lo laboral-salarial al igual que la aprobación de regulaciones, leyes nacionales y acuerdos regionales en educación. Como ejemplos vale citar las concepciones y políticas de estado mínimo, las privatizaciones, la precariedad laboral, la ruptura de la relación salarial y el desempleo; también las transformaciones en la relación entre el Estado y las universidades. El Acuerdo de Boloña y el Mercosur, las políticas de evaluación de la calidad, las leyes nacionales de educación y la Ley de Educación Superior (1995) en Argentina, son

ejemplos de diferente tenor pero de gran impacto en sus respectivos alcances geográficos y políticos. Esas disposiciones han promovido y regulado la creación de maestrías y otras opciones de posgrados en los países donde actúan y no pueden analizarse sin considerar las transformaciones señaladas en lo económico-social.

Las dimensiones y variables definidas, al constituir modelos en sus relaciones, podrán ser aplicadas al análisis de la formación de otros profesionales en contextos diferentes. También es posible la extensión del tema de tesis a otros períodos de la sociedad argentina.

Se sigue aquí la distinción y definición de *Dimensiones para el análisis curricular* que construye Alicia de Alba en su libro *Curriculum, mitos, crisis y perspectivas* (1995).

Las dimensiones generales son las que conforman o determinan cualquier currículum:

- la dimensión social amplia que alude al conjunto de multideterminaciones que conforman la totalidad social, donde los procesos educativos son parte, incluyendo las dimensiones cultural, política, social, económica e ideológica;
- la dimensión gubernamental-institucional como espacio privilegiado del currículum ya que es en la institución educativa donde se concreta la síntesis que conforma una determinada propuesta académico-política, y;
- la dimensión didáctico-aúlica que se refiere al espacio de encuentro, desarrollo y concreción cotidiana de una propuesta curricular entre alumnos y profesores relación profesor-alumno, relación con el contenido, el proceso grupal, el problema de la evaluación del aprendizaje y el programa universitario.

Tabla 1. De correlación: temas, dimensiones, variables e indicadores

Temas	Dimensiones analíticas	Variables	Definiciones operativas	Indicadores
Transformaciones en el capitalismo y Reformas del Estado. El mercado de empleo y la fuerza de trabajo en salud, APN y universidades.	Dimensión Social amplia	Inserción laboral y oportunidades de empleo reales y esperadas en los profesionales de salud. Condiciones contratación en contexto de flexibilización laboral	Empleo Mercado de trabajo Recursos humanos	Magnitud de los subsectores en su posibilidad de inserción laboral. Número de establecimientos y puestos de trabajo Personal ocupado en cada sector y subsector. Composición. Financiamiento Modalidades de contratación.
Las instituciones y las políticas gubernamentales en los 90 Ministerios de Salud Ministerio de Educación. La Ley de Educación Superior y la CONEAU Las instituciones formadoras en SP. Escuelas, Institutos y universidades	Dimensión gubernamental institucional	Decisiones de política educativa que configuran la oferta universitaria de posgrado	Universidades nacionales y privadas con carrera de grado en salud. Facultades, Departamentos, Institutos y Escuelas de Ciencias Sociales, Ecs o disciplinas no de salud. Sujetos de la determinación curricular.	Sede Institucional de las Carreras. Creación e inicio de actividades Fundamentación y Objetivos de las carreras Convenios con ámbitos de salud Directores de la carrera Dedicación y Formación de grado y posgrado de directores y docentes Costo, financiamiento y becas
Planes de estudio y actividades como diseños curriculares. Contenidos de los programas y fragmentación de la carga horaria. Docencia y actividad sanitaria Desarrollo o implementación del curriculum. Investigación y Formación para tesis y trabajos de graduación	Dimensión didáctica-áulica	Componentes curriculares de la oferta de programas de posgrados u oportunidades de formación	Oferta de posgrado Especialidad Maestría Curriculum	Contenidos y carga horaria de los programas Estructura y organización del Plan de estudios Frecuencia y modalidad del cursado Didáctica y metodologías de enseñanza Formación en la práctica y para la práctica Ingresantes y egresados. Título de grado e inserción laboral Temas de Investigación y Tesis

Las variables independientes, cuyo tratamiento organiza el análisis, son:

- las transformaciones en el mercado de trabajo y empleo: descentralización, desocupación y flexibilidad laboral;
- las decisiones de política educativa que configuran la oferta universitaria de posgrado.

En esta tesis sobre Argentina en el período 1990-2002 se tratan como independientes en tanto se analizan en este período histórico como situaciones dadas, producto de las recurrentes crisis del capitalismo y los regímenes de acumulación. No se analizan en sí ni en los fenómenos que les han dado origen, sino en las consecuencias o impacto en las variables dependientes. Actúan como causales en tanto llevan a los profesionales a formarse en posgrados para mejorar sus oportunidades de inserción laboral, ascenso o rentabilidad en el cargo o logro de un puesto profesional de rédito individual.

Las variables dependientes son:

- la inserción laboral y oportunidades de empleo reales y esperadas en los profesionales de salud;
- las condiciones de contratación en el contexto de flexibilización laboral;
- los componentes curriculares de la oferta de programas de posgrados u oportunidades de formación.

Dado que se trata de una investigación descriptiva y explicativa, el análisis de las variables mencionadas se completó con entrevistas informales a los cursantes y gradua-

dos. Ellas permitieron recopilar información de casos sobre las decisiones de cursar uno u otro posgrado y la relación con su situación laboral presente y esperada.

Se realizaron también entrevistas a los docentes, directores o responsables de las carreras sobre la concepción de salud pública que sostienen y la relación con la estructura y contenidos curriculares seleccionados.

DEFINICIONES OPERATIVAS E INDICADORES

PARA EL ANÁLISIS DE LAS TRANSFORMACIONES EN EL SECTOR TRABAJO/EMPLEO, DESARROLLADO EN LA PRIMERA APROXIMACIÓN

Las preguntas de investigación planteadas y la hipótesis requieren precisiones y definición de los conceptos que permiten operacionalizarlas. Los conceptos y los indicadores incluidos en esas definiciones se explicitan a continuación.

Se analizan en particular en esta aproximación las transformaciones estructurales de la economía y sus consecuencias en el trabajo/empleo porque se sostiene que dichas transformaciones inciden en las presunciones sobre las posibilidades de inserción laboral/ocupación/empleo, tanto en el ámbito de salud y sus subsectores como en el ámbito del trabajo académico. Para ello se describirán en primera instancia las consecuencias de la descentralización, desregulación, reforma del estado y privatizaciones en el sector y subsectores de salud como ámbitos laborales y de empleo.

El término *empleo*, de connotaciones keynesianas, se refiere a ocupación y puestos de trabajo, no se asocia a personas e individuos. Considera el impacto de una determinada política pública social o económica en la que ésta puede generar trabajo u ocupaciones.

El concepto:

mercado de trabajo/empleo se entiende como la relación entre la oferta de fuerza de trabajo formada o no formada pero que busca trabajo en el sector educación y salud, y la demanda-oportunidades de inserción en puestos de trabajo o en actividades relacionadas.

Al reelaborar críticamente la terminología convencional del Fordismo y post-Fordismo, Jessop (1999) señala que hay una *asimetría analítica fundamental* entre los términos que puede describirse señalando que el *mercado de trabajo* es una construcción analítica que no se opone a la noción de Estado. Éste puede estar configurado con los mismos intereses que actúan en la ley de oferta y demanda del mercado y/o intervenir en él desde esos mismos intereses en mayor o menor medida. Jessop hace hincapié en que las condiciones materiales en las formas de organización de la producción de las políticas neoliberales de los '80 transformaron la estructura productiva y el papel del Estado señalando al fordismo *como modo de regulación o conjunto de normas, instituciones, formas de organización, redes y pautas de conducta que sostienen y guían el régimen de acumulación.*

Belmartino (1999) propone utilizar la noción de:

mercado de trabajo como el conjunto de relaciones que pueden reconocerse entre el trabajo médico, la formación de profesionales de salud, su capacitación de posgrado, la producción de servicios de atención médica y las determinaciones sociales de carácter extrasectorial, diferenciando la demanda real profesional de la demanda posible.

Es necesario explicitar que para esta tesis que el mercado de la concepción neoliberal no incluye las necesidades sociales. Constituido alrededor de las nociones de oferta

y demanda y regido por las leyes que explican su desempeño, la noción de mercado no abarca a toda la sociedad al no incluir más que la demanda y la oferta *explícitas o formalizadas*.

Esa noción de mercado legitima lo demandado y lo ofertado como lo necesario, sin incluir otros legítimos intereses y destinatarios de las políticas de formación y de salud que no alcanzan a manifestarse o ser reconocidos por las leyes explícitas de la oferta y demanda que son las que la noción de mercado reconoce.

Hablar de demanda de fuerza de trabajo no supera estas consideraciones. Es necesario registrar otras demandas desde las ciencias sociales, las ciencias políticas, los organismos públicos de decisión, los organismos internacionales, las organizaciones de la sociedad civil. Otros sectores de poder en el Estado y otros grupos en las universidades deberían hacerlas explícitas y sobre todo evidenciar el peso que las tendencias hegemónicas ejercen para su ocultamiento.

En cuanto a la expresión fuerza de trabajo en salud dice Passos Nogueira que ese concepto se refiere al conjunto de personas vinculadas a la prestación de servicios de salud directa o indirectamente, prestación considerada una mercancía y por lo tanto sujeta a la compra y venta de esa capacidad de la que dependen para subsistir.

La fuerza de trabajo queda así compuesta por las personas ocupadas remuneradas, establecidas legalmente como trabajadores autónomos o asalariados, las personas ocupadas no remuneradas que trabajan regularmente más de un determinado número de horas diarias en una institución de salud y los desocupados que hayan buscado alguna ocupación en el sector en un periodo reciente para hablar solamente del mercado de trabajo estructurado (Passos Nogueira, 1986).

El término *recursos humanos* que esta tesis incorpora con las salvedades indicadas, ubicaría al trabajador en la teoría neoclásica de los factores de producción.⁵ Se ha señalado que el uso de este término en algunos párrafos se adopta por su naturalización en el campo de la formación en salud. *Recursos humanos* se refiere así a las personas que dentro de la sociedad han adquirido una capacitación específica y que asumen responsabilidades en la realización de actividades de salud, estén o no vinculadas a instituciones del sector, es decir que los recursos humanos se consideran como factor productivo y como agentes sociales. Entre estos profesionales se incluirá a los técnicos del estado que son los encargados de regular las distorsiones y convertirse en árbitro de conflictos, identificando las necesidades y los intereses de la población para generar políticas públicas que las satisfagan.

Se proponen como indicadores:

- La magnitud de los subsectores en su posibilidad de inserción laboral.
- El número de establecimientos y puestos de trabajo.
- El personal ocupado en cada sector y subsector. Composición.
- Financiamiento.
- Las modalidades de contratación.

5 Se mantiene la expresión recursos humanos como caracterización del grupo de personas destinatarias de la formación académica o profesional a la que se dirigen las modalidades de formación en estudio, aunque se observa que esta denominación no es consistente con otros supuestos teóricos adoptados en este trabajo especialmente con los que critican a la teoría del capital humano como sustrato teórico de la formación de la fuerza de trabajo para el área. Sin embargo el peso y la naturalización de esta denominación en documentos, artículos, instituciones, programas y diseños curriculares hace inconveniente y de difícil generalización la adopción de otra expresión.

DEFINICIONES OPERATIVAS E INDICADORES

PARA EL TRATAMIENTO DE LAS VARIABLES RELATIVAS A LAS INSTITUCIONES

GUBERNAMENTALES Y EDUCATIVAS

En esta segunda aproximación las organizaciones se caracterizan como gubernamentales e institucionales, correspondiendo las primeras a los Ministerios de Salud y Educación, las leyes relacionadas y la administración pública. La segunda incluye a las universidades e institutos universitarios.

Para tipificar las instituciones universitarias se las agrupa en:

- Universidades nacionales con carrera de grado en salud: son creadas por Ley nacional y reciben presupuesto del Estado que administran en forma autárquica. Incluyen en su oferta, además de los posgrados en estudio alguna carrera de grado que otorga título profesional en salud.
- Universidades privadas con carrera de grado en salud: son reconocidas por Ley nacional y funcionan con fondos de fundaciones religiosas, empresariales u otras. Incluyen en su oferta, además de los posgrados en estudio alguna carrera de grado que otorga título profesional en salud.
- Facultades, Departamentos, Institutos y Escuelas de Ciencias Sociales, Económicas u otras disciplinas diferentes de salud, de las cuales dependen posgrados en salud
- Institutos o Centros de formación de posgrado que aún dictando programas de posgrado no están en relación de dependencia con la universidad.

En cuanto a los sujetos de la dimensión gubernamental institucional se tratarán los académicos, directores de los programas, funcionarios o consultores, autoridades de los centros de salud ministeriales o asistenciales como actores de vinculaciones con las necesidades de salud de la población y poseedores de los conocimientos específicos de las necesidades de salud, de su administración.

Los indicadores particulares para esta dimensión son:

- Sede institucional de las carreras por tipo de institución.
- Año de creación.
- Directores de la carrera.
- Modalidad de designación de directores y docentes.
- Formación de grado y posgrado de directores y docentes.
- Financiamiento. Costo y aranceles. Becas.

DEFINICIONES OPERATIVAS E INDICADORES

PARA EL TRATAMIENTO DE LAS VARIABLES RELATIVAS A LA FORMACIÓN Y CURRICULUM

En la tercera aproximación se considera oferta de *posgrado* al conjunto de carreras de cuarto nivel que en el sistema universitario argentino requieren título de grado universitario para el cursado. Otorgan título de especialista, maestría o doctorado. Es un reconocimiento de aprobación de las instancias curriculares que cada programa e institución dictante dispone en acuerdo con la Ley de Educación Superior.

-(...) se denomina especialización a la carrera de posgrado que tiene por objeto profundizar en el dominio de un tema o área determinada dentro de una profesión o de un campo de aplicación de varias profesiones, ampliando la capacitación profesional a través de un tratamiento intensivo. Cuenta con evaluación final de carácter integrador. Conduce al otorgamiento de un título de Especialista, con especificación de la profesión o campo de aplicación.

Maestría se denomina a la instancia educativa que:

(...) tiene por objeto proporcionar una formación superior en una disciplina o área interdisciplinaria, profundizando la formación en el desarrollo teórico, tecnológico, profesional, para la investigación y el estado del conocimiento correspondiente a dicha disciplina o área interdisciplinaria. La formación incluye la realización de un trabajo, proyecto, obra ó tesis de maestría de carácter individual, bajo la supervisión de un director y culmina con la evaluación por un jurado que incluye al menos un miembro externo a la institución. El trabajo final, proyecto, obra o tesis deben demostrar destreza en el manejo conceptual y metodológico, correspondiente al estado actual del conocimiento en la o las disciplinas del caso. Conduce al otorgamiento de un título académico de magister, con especificación precisa de una disciplina o de un área interdisciplinaria.

Curriculum y componentes curriculares se definen en esta tesis como *la síntesis de elementos culturales -conocimientos, valores, costumbres, creencias, hábitos- que conforman una propuesta educativa pensada e impulsada por diversos grupos y sectores sociales cuyos intereses son diversos y contradictorios y cuyo carácter es profundamente histórico y social* (de Alba, 1995). Los actores o sujetos de la dimensión didáctico áulica son los profesores y alumnos y los participantes en los ámbitos de inserción profesional de salud en tanto son los protagonistas de la concreción de la propuesta curricular.

Los indicadores para tratar estas variables y dimensión son:

- Contenidos y carga horaria de los programas.
- Frecuencia y modalidad del cursado.
- Formación en la práctica y para la práctica.
- Ingresantes y egresados. Título de grado e inserción laboral.
- Investigación y Tesis.

CAPÍTULO 3

Transformaciones en el capitalismo y Reformas del Estado

EL ESTADO Y LO PÚBLICO COMO CONCEPCIÓN EN SALUD Y EDUCACIÓN

El estudio del Estado, su caracterización como Estado de bienestar, interventor, regulador, mínimo entre otras posibles resulta central en esta tesis. Martin Carnoy (1992) señala que la mayoría de los análisis de los problemas educativos tienen implícita una teoría del estado pero que los fundamentos de esas teorías no se explicitan en la investigación ni en la práctica. Una línea de análisis crítico obliga a esa explicitación.

Lo mismo ocurre con la consideración de lo público como espacio, esfera, arena, u otras miradas y posturas teóricas y políticas. Su tratamiento resulta imprescindible para el tema en cuestión, formación en salud pública.

Las transformaciones del Estado ocurridas en las últimas décadas, el abandono de la concepción de estado distribuidor, proveedor, prestador y su reemplazo por la noción de estado gerente o gerenciador han disminuido paradójicamente su potencial regulador al haberse adoptado políticas y mecanismos de descentralización y tercerización.

En el análisis y las conceptualizaciones acerca del Estado se plantean cuestiones relacionadas con su legitimidad, la representación y la participación y las formas en que las prácticas políticas y sociales de los individuos e instituciones son reguladas dentro del marco del pacto democrático. Las tensiones y contradicciones entre los derechos

de los individuos y el interés común son conceptos teóricos centrales en la discusión de la participación política, la representación, y la legitimidad de las acciones estatales.

Algunas tradiciones de análisis ponen énfasis en el problema del poder y de las relaciones que las acciones estatales tienen con las estructuras, considerando al estado como el poder político institucionalizado. En otras, el Estado aparece como un terreno de confrontación entre proyectos políticos.

Dice Offe (1994) sobre el Estado

es un sistema administrativo que se regula a sí mismo. Es la condensación de los fundamentos, reglas y regulaciones legales, así como de las instituciones formales e informales y los códigos, que han llegado a cristalizarse históricamente en las sociedades capitalistas.

Un Estado capitalista no responde necesariamente a la elite que puede tener el control del gobierno dentro de un régimen político determinado, ni tampoco responde completamente, en regímenes democráticos a la voluntad de las clases dominantes.

Las funciones reguladoras ejercidas por el estado requieren de un acuerdo social, por lo que se puede afirmar que el estado representa la generalidad de los intereses sociales. De la misma manera se afirma que para evitar o superar cuestionamientos a su legitimidad, el estado recurre al conocimiento científico y técnico y a la convocatoria a una participación controlada.

Sin embargo, los principios clásicos de la teoría política que conciben al estado como el conciliador de intereses divergentes, han sido cuestionados no sólo por las teorías críticas sino también por el postmodernismo. Se argumenta que en un mundo post-moderno el estado no representa necesariamente el interés público ni tampoco se privilegia el conocimiento profesional por encima del sentido común. Con la crisis de la modernidad y de las agendas de reforma establecidas por ella, los movimientos sociales específicos, las agendas limitadas y los reclamos particulares representan ahora el punto focal de la política. (Torres 1994).

Así, la intervención en política social tiene áreas centrales y residuales en cada época histórica y los diferentes regímenes de política social son resultado de la distinta relación con el trabajo y el empleo.

En el capitalismo clásico la política de trabajo se centra en la creación de los mercados de trabajo y en servicios universales de salud, educativos y de infraestructura pública. La política social asistencial de beneficencia pública compite con la privada por la atención de la pobreza.

En la Argentina de 1930 existe consenso sobre la necesidad de extender la obligatoriedad de los seguros sociales y la cobertura de riesgo para los trabajadores, los haberes jubilatorios y el seguro de salud. Atendiendo a las políticas aceptadas como universales sobre la salud pública se estatizan los servicios públicos y se universaliza el derecho a la asistencia sostenido en la red pública de hospitales.

En la política social del Estado de bienestar, la política de trabajo se centra en las relaciones salariales y de pleno empleo que ordenan las intervenciones en la política

social. Los sistemas educativos preparan mano de obra para un mercado que requiere enseñanza media y universitaria. La salud pública se extiende a prestaciones gratuitas de mediana y alta complejidad y la generalización del salariado sumado a los servicios universales vuelve residual la asistencia.

En el Estado desarrollista se mantienen estas políticas universales en educación y salud aunque aparecen ya algunas tendencias remercantilizadoras en los Hospitales de comunidad.

Por tanto además del papel del estado en actividades como la educación general y el adiestramiento vocacional, el seguro de desempleo y de vejez, la atención médica y la previsión de vivienda, este también se ocupa a menudo de los efectos del fordismo en la demanda (o de las formas fordistas de modernización) Ligada a la expansión hubo un crecimiento de las nuevas clases medias, incluyendo los empleados estatales que servían a la expansión fordistas (Jessop, B. 1999)

El concepto de Estado benefactor para atender el bienestar público suponía la igualdad ante la necesidad, equilibrando las desigualdades y delegando en sus organismos dependientes la responsabilidad de poner en práctica ese principio. Es un concepto relacionado con la ética del trabajo, ayudar a los transitoriamente desocupados o garantizar como un derecho a los desempleados, transformándolos en cuestión de ciudadanía política contribuyendo al funcionamiento de una economía industrial y a la acumulación capitalista.

En consecuencia, el achicamiento del Estado ha reducido también la ciudadanía políticamente activa llevando a la particularización de intereses en la universidad y los

ministerios y a la privatización encubierta o explícita de los programas de formación tanto en su financiamiento como en sus contenidos.

En síntesis, como señala Laguado Duca (2011), en los 90 se ponen en cuestión los límites de la intervención legítima del Estado como motor de desarrollo y se agudizan los conflictos de hegemonía para imponer una visión legítima de la cuestión social. Se cierra la época del Estado intervencionista y el incremento de la pobreza y la aparición de nuevos problemas sociales *se ubican en un horizonte en el que el mercado aportaría soluciones*.

Los ciudadanos son desplazados por los consumidores, se reforman las restricciones a los contratos laborales; se margina a los que no estaban capacitados para enfrentarse al dinámico mundo del mercado y todavía imbuidos por la noción de carrera y aspiraban a contratos de largo plazo. Se impulsaron cursos de reconversión laboral y políticas de asistencia bajo la forma de focalización de beneficiarios. La libertad de mercado se asoció con la libertad de elegir la forma de vinculación laboral contra un Estado regulador, así como elegir las obras sociales, los planes de jubilación y la manera de ahorrar.

Si el Estado de bienestar necesitaba ejército de reserva este ya no es necesario para las políticas que dejaron de ser universales. El Estado mínimo flexibiliza la contratación de mano de obra y legitima la formación para la gerencia y la gestión eficiente en consultores y *analistas simbólicos* (Reich, R. 1993)

Sobre lo estatal-educativo plantea Popkewitz (1994) que el Estado

involucra una variedad de actores dentro de la arena educativa, incluyendo las agencias gubernamentales, así como las organizaciones profesionales y sociales que establecen y administran las diferentes políticas y su reorganización implica la reconstitución de los patrones y formas de regulación social que se expresa claramente en el proceso de des-centralización que está cambiando en la superficie los patrones de la regulación estatal de la educación.

Porque además una segunda forma de regulación, vincula las diferentes capas de la vida social y política a través de la construcción de discursos científicos por medio de los cuales los individuos regulan su personalidad en el mundo social. En estas visiones el Estado es un concepto epistemológico que se historiza continuamente.

La noción de *lo público* ha variado desde la identificación con lo estatal hasta la consideración de lo público como no estatal, incluyendo formas de gestión clientelares, neo-patrimonialistas y particularistas. (Iazzeta, 2001)

La identidad público-estatal proviene del momento histórico en que el estado moderno condensa funciones tradicionalmente cubiertas por instituciones privadas. Lo público como estatal, pasará a encarnar lo común a todos.⁶

6 Esta distinción es particularmente pertinente para analizar el carácter de la formación en la universidad en tanto pública pero también para profundizar en el análisis de la formación en el área de salud pública en el mismo sentido.

Este proceso de *publicación* de lo privado tomará una dirección inversa de privatización de lo público, cuando la dicotomía estado/mercado (Bobbio, 1989) modifique el peso de la noción de lo público dentro de la arena estatal. (Andrea López, 2001).

La dimensión pública se define en este trabajo en dos sentidos: en el de carácter público en tanto universal como en su carácter crítico en tanto generador de conocimientos también universales. El carácter de público que adjetiva a salud en las carreras y el área de conocimientos, funciones y acciones de las carreras que se estudian, se extiende sobre la Salud Pública también en tanto concepto universal y crítico, definiendo una esfera de acción y formación que reconoce en la esfera de lo público a lo estatal aunque excediéndolo. El proceso de privatización señalado deja librada esta esfera al mercado, a la beneficencia o a los intereses particulares, aunque más no sea por omisión como consecuencia del retiro del estado.

Las transformaciones del sector salud y de la formación de recursos humanos para él deben ser observadas desde estas dimensiones. Se trata no sólo de teorías o técnicas diferentes sino de reformas que han sido impulsadas por diversos organismos internacionales y que se han materializado efectivamente en diversos países tanto en la Reforma del Estado como en la Reforma del sector salud.

Al tomar como objeto de estudio las carreras universitarias de posgrado en Salud Pública no se está estableciendo solamente un número de casos sino un campo conceptual (Díaz Villa, Mario, 2005) con sus definiciones, tensiones y lucha de poder.

MERCADO DE TRABAJO Y EMPLEO. LA CONDICIÓN SALARIAL

La situación actual está marcada por una conmoción que recientemente ha afectado a la condición salarial: el desempleo masivo y la precarización de la situación del trabajo, la inadecuación de los sistemas clásicos de protección para cubrir estos estados, la multiplicación de los individuos que ocupan en la sociedad una posición de supernumerarios, inempleables, desempleados o empleados de manera precaria, intermitente. Para muchos, el futuro tiene el sello de lo aleatorio. (Castel, R. 2002)

Se confirma aquí la idea de trabajo como *soporte privilegiado de la inscripción en la estructura social*; *Así planteada es también la cuestión del Estado y del papel que debe desempeñar en esta coyuntura. Si la condición salarial se desmorona, el estado social pierde su poder integrador. (Castel, R. 2002)*

Estas transformaciones en el mundo del trabajo en general y en el de los profesionales de la salud en particular, en el marco de las políticas de descentralización y privatización, produjeron una profunda reducción de los puestos de trabajo por descenso en la cobertura de la población y reforma del estado. La flexibilización laboral de las formas de contratación y del empleo público, la precarización laboral, el multiempleo, la sobrecalificación produjeron una reconfiguración altamente provisoria e inestable sobre las oportunidades de empleo de estos profesionales. La aparición de otros ámbitos laborales como ONG's y organismos internacionales y los contratos laborales sin vínculo laboral permanente con el Estado confluyeron con la creciente importancia del ámbito académico de los mismos posgrados como campo laboral.

Considerando la descripción citada de Jessop y el crecimiento de la clase media, sobre todo en los puestos estatales de las últimas etapas de hegemonía fordista en los años 70, la precarización, vulnerabilidad, exclusión o desafiliación, alcanza especialmente a las clases medias profesionales que ven conmovida su condición salarial. También genera procesos de pérdida de contactos con núcleos de estabilidad protegida.

Se desarrolló así una creciente demanda de formación de posgrado más como oportunidades de vinculación con las instancias empresariales y de organismos internacionales y el mercado de trabajo académico en tanto posibles empleadores que como demanda legítima.

Los vínculos valorados son con aquellos docentes que tienen inserción laboral o fuertes vinculaciones con el Estado, que hacen presuponer posibilidad de trabajo a futuro, ya sea en formas de consultorías o puestos en los organismos internacionales o contratos con el mismo Estado. La formación buscada elige por eso en mayor medida los programas de gestión y gerencia que aquellos de política o directamente vinculados a la salud, a tono con las capacidades supuestamente requeridas por los posibles puestos de trabajo y las recomendaciones de los organismos internacionales y multilaterales de crédito.

El financiamiento externo de proyectos y programas resulta una fuente de ingreso altamente buscada por quienes han perdido empleo en particular en relación de dependencia dentro del Estado. Las nuevas relaciones contractuales y la precariedad laboral así como el desempleo, ubica a estos profesionales tanto como demandantes en carácter de beneficiarios directos (PYMES y Fundaciones) como en sus posibilidades de ser contratados para actividades de consultorías en proyectos y programas que resultan focalizados. Inscribirse en un posgrado responde a esta necesidad particular.

POLÍTICAS PÚBLICAS, ADMINISTRACIÓN, GERENCIA Y GESTIÓN COMO CAMPOS DE CONOCIMIENTO

El peso y la configuración del Estado como regulador central de las políticas públicas de salud y educación ha variado, desde la construcción de políticas subsidiarias y asistencialistas a la asunción de políticas centralizadas y planificadas de desarrollo caracterizadas como las de un Estado proveedor.

Desde los años cuarenta la mayoría de los países en desarrollo adoptó la planificación en salud como política pública entendiendo lo público en el concepto ampliado de lo estatal y lo universal. La planificación se extendió a la reforma organizacional y curricular de la formación de recursos humanos para la salud, cuando las Escuelas de Salud Pública estructuraron modelos de capacitación orientados hacia la salud como derecho de todos.

Estas transformaciones en la concepción de salud y en la profesión reconocen en su base las transformaciones en la organización del modo de producción por lo que también la década del setenta se caracterizó por la vinculación de la planificación en salud con los procesos de desarrollo económico y social.

La crisis en el modo de acumulación que caracteriza el fin de la década del setenta y los años ochenta orienta su resolución hacia la liberalización de la economía otorgando al mercado, por lo menos en las expresiones públicas de los protagonistas de la política mundial, el papel de determinación última de los hechos sociales. En este proceso de retiro paulatino del estado, el ciudadano con derechos se transforma en cliente con diferente acceso a los servicios, y en consumidor, por transformación de la salud y de la educación en mercancías. A sus demandas y necesidades se responde con políticas compensatorias y focalizadas (Barahona, 1998). Los organismos internacionales abandonan la concepción de desarrollo y planificación por la de atención a la pobreza y

la equidad insistiendo sobre el uso eficiente de los recursos y proponiendo la autogestión en las políticas sociales.(Coraggio, 1998)

La crisis del Estado proveedor y planificador de políticas sociales universales es también la crisis del sistema de salud. Pero agravada en tanto las políticas macroeconómicas liberales, al flexibilizar también las relaciones laborales generan desempleo reduciendo la cobertura en salud vinculada con la afiliación de los trabajadores al sistema de seguridad social. La desocupación, la subocupación y la precariedad en el empleo caracterizan las condiciones de inserción laboral de gran parte de la población económicamente activa, configurando una situación de alto riesgo por aumento de la pobreza (Massé, E. 1997) y por imposibilidad de acceso a la alimentación, la salud, la educación y la afiliación social (Giacomini, H.,1999).

La teoría de la Administración tradicional, actuando dentro de una concepción amplia de Estado de Bienestar, pensaba la formación de recursos humanos para el sector público estatal como parte y consecuencia de políticas estatales centralizadas. Aún cuando no desconocía las determinaciones que el mercado de trabajo o las comunidades académicas- de salud y educación ejercían sobre la formación, las acciones estaban claramente definidas desde la función rectora del estado sobre el sector salud.

Las transformaciones del estado ocurridas en las últimas décadas, el abandono de la concepción de estado distribuidor, proveedor, prestador y su reemplazo por la noción de estado gerente o gerenciador han disminuido paradójicamente su potencial regulador al haberse adoptado políticas y mecanismos de descentralización y tercerización. Estas políticas han sido acompañadas por conceptualizaciones y teorizaciones que construyeron y priorizaron acciones de formación de recursos humanos en gerenciamiento o administración.

Interesa señalar aquí dos cuestiones: por un lado el carácter restrictivo de la gestión en relación con la administración, ya que aquella carece de las discusiones y enunciados de propósitos y hasta de objetivos, limitándose la gestión al desarrollo de actividades y a la asignación de recursos. Por otro lado, el desplazamiento del rol del Estado no es un dato más, sino totalmente relevante, ya que el aseguramiento privado implica la adopción de criterios opuestos al de la salud como un derecho de todos en su condición de bien público. Y ese aseguramiento privado está creciendo no sólo en el campo de las fuerzas de mercado, que sería su campo más propio, sino en el del financiamiento público y en el de los servicios públicos. (Mazzáfero, V, Borini, M, 1998)

La formación en Salud Pública contiene, en la agenda del Proyecto de Salud Pública en las Américas, cuatro agrupamientos, desde las prácticas sociales para la vida a la atención de salud, pasando por la construcción de entornos saludables y de la ciudadanía participativa. En el campo académico, este Proyecto tiene como referente no sólo a la formación específica en salud pública, sino a los posgrados de medicina social, epidemiología, administración, ciencias sociales aplicadas a salud y ciencias relacionadas con el ambiente. La XIX Conferencia de la ALAESP reunida en La Habana en el año 2000 bajo el nombre Desarrollo de la Educación en Salud Pública: Desafíos para el Siglo XXI, formula “*Propuestas de agenda para las instituciones de formación y capacitación en salud pública y marco de referencia para la cooperación técnica*”. Retoma las FESP y los campos de acción enunciados anteriormente y especifica, para el campo I: la Formación de Recursos Humanos, los desafíos y prioridades para las instituciones de formación:

- la expansión de nuevos conocimientos,
- las nuevas demandas de formación por las modificaciones en el mercado de trabajo y

- la necesidad de introducir la evaluación sistemática y el análisis de competencias y desempeño para la práctica adecuada de la SP

La gestión de lo público en general y el diseño e implementación de las políticas públicas en particular permiten observar también en la visión de los organismos internacionales el cambio del modelo tradicional de administración pública a un nuevo modelo de gerenciamiento de lo público, New Public Management (NPG). (Hood, 1991)

Las principales recomendaciones de este modelo son las siguientes:

- Involucramiento de gerentes profesionales en el sector público,
- Explicitación de los estándares y medidas de rendimiento expresados en términos cuantitativos.
- Marcado énfasis en el control de los productos,
- Tendencia a la desagregación de unidades en el sector público,
- Introducción de la competencia al interior del sector público
- Introducción de estilos de gerenciamiento propios del sector privado,
- Mayor disciplina y parsimonia en el uso de los recursos públicos, mediante recorte de gastos, incremento de la disciplina laboral, resistencia a las demandas corporativas de funcionarios.

En consideración a estas normas de neoweberianismo de la NGP podría observarse también una corriente de neocredecialismo: el posgrado como formación mejora la

ubicación en el *efecto fila*.⁷ Sin embargo al no existir en la realidad la contraparte, es decir el requerimiento y reconocimiento explícito de esta credencial o formación para ocupar los puestos de trabajo en el ámbito público que define, controla y gerencia las políticas de salud, este efecto no se produce: la formación pasa a ser un bien individual que debe ser negociado como bien propio antes que como reconocimiento de competencia y formación para lo público-estatal. Este tema se desarrollará extensamente al analizar los aspectos curriculares de los programas en estudio.

LA TEORÍA CURRICULAR

¿Con qué categorías analíticas observar y cómo conceptualizar el impacto de estos cambios en el estado, en el empleo, de teorías acerca de lo político, lo público, la Administración y la gestión, en la formación de recursos humanos para la Salud Pública?

La teoría del curriculum aborda el estudio del campo⁸ del currículum como

la expresión concreta y organizada de una propuesta política-educativa conformada a través de la síntesis de concepciones, intereses, valores, programas y acciones propugnados por los diversos sectores sociales interesados en determinar un tipo de educación específica de acuerdo al proyecto político-social que se sostiene (de Alba, A. 1995)

Esta teoría diferencia el diseño o texto curricular de la implementación o desarrollo de ese currículum o propuesta educativa. En la concreción de la propuesta educativa, se refiere al sentido, significado, propósito, contenidos y tipo de vinculación de ésta con

7 Sobre Efecto fila y sobre educación ver el análisis del campo laboral.

8 Nota metodológica. Se emplea en esta sola ocasión la noción de campo porque es de esa manera que la teoría del curriculum se autodefine. En el desarrollo anterior y posterior de esta tesis no se usará ya que la adopción o uso de este concepto obligaría a tratar las nociones de conformación, tensiones, configuración del campo y especialmente la noción de poder en el campo, categorías de crucial interés pero que exceden los propósitos, objetivos y alcances de este trabajo.

los ámbitos socio-cultural y político-económico (de Alba, A. 1995).

Señala Alicia de Alba las dimensiones generales y específicas para el análisis del currículum en tanto síntesis de elementos culturales, conocimientos, valores, creencias, costumbres, hábitos que configuran propuestas educativas impulsadas por diferentes grupos y sectores que interactúan en un momento histórico y cuyos intereses son diversos y contradictorios. Mediante mecanismos de imposición y negociación son los que regulan y determinan los currículum.

Las dimensiones generales son las que conforman o determinan cualquier currículum:

- La dimensión social amplia, que alude al conjunto de multideterminaciones que conforman la totalidad social, donde los procesos educativos son parte, incluyendo las dimensiones cultural, política, social, económica e ideológica.
- La dimensión institucional como espacio privilegiado del currículum ya que es en la institución educativa donde se concreta la síntesis que conforma una determinada propuesta académico-política, y
- La dimensión didáctico-aúlica que se refiere al espacio de encuentro, desarrollo y concreción cotidiana de una propuesta curricular entre alumnos y profesores- relación profesor-alumno, relación con el contenido, el proceso grupal, el problema de la evaluación del aprendizaje y el programa universitario.

Las dimensiones particulares o específicas se refieren a los aspectos que son propios de un determinado currículum y no de otros como el tipo de educación, nivel educativo, población a la que va dirigido.

- Los sujetos del curriculum, sujetos sociales que corresponden a las dimensiones como actores centrales de la definición de cada una de ellas son
- los sujetos de la determinación curricular o interesados en determinar los rasgos básicos de un curriculum particular- estado, empresarios - iglesia - partidos políticos, asociaciones profesionales, gremios-
- los sujetos del proceso de estructuración formal del curriculum, los que en el ámbito institucional le otorgan forma y estructura de acuerdo a los rasgos centrales perfilados en el proceso de determinación curricular: consejos técnicos, consejos universitarios, academias, equipos de evaluación.
- los sujetos del desarrollo curricular: los que convierten en práctica cotidiana un curriculum, los que lo retraducen a través de sus prácticas -profesores-alumnos-los sujetos están en correspondencia con las dimensiones generales y particulares.

Se define a los sujetos de la dimensión social amplia y de las particulares de este nivel educativo como el Estado, Ministerios de salud y de educación, sistema de salud-asistencia, los organismos internacionales que actúan en el campo, la administración Pública Nacional, las universidades, la sociedad civil y las necesidades de salud de la población.

Se abordará entonces el estudio del objeto, las carreras de posgrado en Salud Pública, desde el campo o teoría del currículum, en las dimensiones planteadas por la autora y en el análisis de los sujetos que participan en su concreción.

DISCUSIONES

La noción de determinación se ha usado en Ciencias Sociales en el sentido de relación más potente que relación condicionante, constituyente o configurante.

Generalmente se asocia la determinación con acciones unidireccionales, que no permiten la resistencia, intencionales y actuando desde el exterior de la estructura, de la organización, de la institución, del sistema.

No obstante Alicia de Alba emplea la noción de *determinación curricular* explicitando que se trata de una noción dialéctica y sintética. Por eso se adopta en este trabajo la palabra determinación para abordar el análisis y la descripción de las prescripciones, acciones configurantes, constituyentes, que conforman la formación y el currículum, y se la vincula con la idea de proceso, de red, de lucha entre tendencias dentro del sistema o de la institución.

Se podría haber considerado también una elaboración posterior de esta teoría realizada por el Dr. Mario Díaz Villa, centrada en el concepto de flexibilidad curricular. Los componentes de esa teoría, como el de identidad profesional, campo pedagógico y otros si bien parten en su definición de los textos de de Alba, los completan en una visión más amplia que excede, y no se corresponde, con las decisiones metodológicas y teóricas de esta tesis.

CAPÍTULO 4

Antecedentes, estudios y publicaciones sobre el tema

Describiendo el contexto de formación de los profesionales de salud en el inicio del período en estudio señalan Passos Nogueira y Brito que hasta la década del '70 prevalecían tendencias expansionistas en la formación de profesionales de la salud comenzando en 1975 un período de restricción. A partir de los años '80 se privilegian las nociones de productividad y calidad y el mercado de trabajo muestra un punto de saturación, relegando la formación y la inversión en salud en general:

Si cambiaran, como deben hacerlo, las condiciones de producción y contratación de los servicios de salud, especialmente en el sector público frente a la crisis fiscal de los '89 y '90 y para garantizar la cobertura deberían encontrar mano de obra, fuerza de trabajo o personal formado e idóneo (Passos Nogueira y Brito, 1986).

El relevamiento de publicaciones y estudios sobre el tema muestra algunos interrogantes que no han sido respondidos, otros que se responden con diferentes propósitos o en otros momentos, y en especial la necesidad de atender a las nuevas modificaciones del campo laboral y universitario.

Como experto en el campo señala Evans que la formación y la práctica de la salud pública se han ido separando cada vez más de la esfera de las actividades de la medicina, independientemente de que las enseñanzas se ofrecieran en una escuela de salud

pública o en un departamento equivalente de una escuela de medicina o dependencia gubernamental:

los planes de estudio no suelen reflejar los progresos recientes de los conocimientos debido a la falta de contacto con disciplinas básicas... el profesorado al no participar en las actividades de los servicios de salud, se ve privado de la posibilidad de influir en el sistema o de abordar con más eficacia los problemas que se le plantean en la docencia... el peso de la enseñanza deberá cambiar hacia la salud de la población en lugar de la administración de instituciones y girar hacia el comportamiento organizacional y las técnicas para mejorar la calidad y la eficacia de la atención (Evans, J.R. Medición y gestión de los servicios médicos y sanitarios. Necesidades y oportunidades de formación profesional. Nueva York, The Rockefeller Foundation, 1982).

Como consecuencia los egresados de las Escuelas de Salud Pública muestran cada vez mayor inadecuación del perfil profesional en relación con las necesidades sociales:

Mientras tanto las escuelas en general continúan formando según las antiguas propuestas o teóricamente las nuevas visiones sectoriales pero que aplican sus saberes en servicios estructurados según concepciones pasadas, discursos transformadores y una práctica que muchas veces ni siquiera acompaña la implementación de la política de extensión de la cobertura de los años '70 (Sonis, A., 1993).

Para describir la situación anterior al período estudiado en la tesis se han considerado de particular interés:

- los estudios sobre la configuración del campo de posgrados universitarios en Argentina;
- los documentos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre formación de recursos humanos y sus lineamientos para los estudios de posgrado;

- el informe de la Asociación de Escuelas de Salud Pública de Argentina (AES-PA 1991) que sintetiza la situación y las discusiones en el campo de ese año.

LOS ESTUDIOS DE POSGRADO

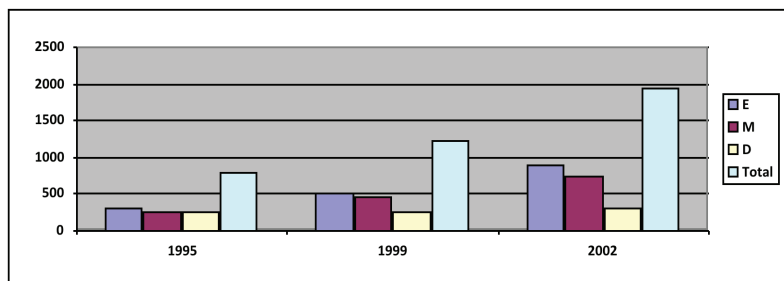
CONFORMACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA

En Argentina la formación universitaria de posgrado ha experimentado un notable crecimiento en los años en estudio. De 793 carreras dictadas en 1994 se registraban en 2002 más de 1950 en las tres modalidades, especializaciones, maestrías y doctorados. El porcentaje mayor de crecimiento correspondía a la modalidad de maestrías con un 168% de aumento sobre un número inicial de 275 programas dictados en 1994 (Barsky, O. 1997).

La Ley de Educación Superior (1995), su direccionamiento a la creación de posgrados y la Resolución 1168/97 del Ministerio de Educación de la Secretaría de Políticas Universitarias SPU, establecieron definiciones para las maestrías y especializaciones tal como se señaló anteriormente.

En *Las carreras de posgrado en la Argentina y su evaluación* (Barsky y Dávila, Coordinadores. Editorial Teseo, 2010) Leonardo Fernández analiza la evolución de las mismas entre 2002 y 2007. El relevamiento realizado sobre 84 instituciones, 39 del sistema estatal y 45 del sistema privado, muestra que la oferta se ha triplicado entre 1994 y 2007 pero el crecimiento se ha lentificado entre 2002 y 2007. Por lo tanto el cambio más relevante coincide con el período del que se ocupa esta tesis, 1994-2002. Los gráficos que se presentan a continuación combinan los datos de los estudios mencionados citándose como fuente el Área de Estudios de la Educación Superior de la Universidad de Belgrano.

Gráfico 1. Carreras de posgrado en todas las disciplinas según modalidad



En 1995 las especializaciones (301) y las maestrías (246) se dictaban en número casi similar, con un leve predominio de las especializaciones. En 1999 el mayor porcentaje, sobre un crecimiento en números absolutos de 230, el 42% del total de la oferta, corresponde a las especializaciones (522). Las maestrías componen el 37% de la oferta (463). En el año 2002 de cierre de este estudio las maestrías (738) se han triplicado en relación a 1995.

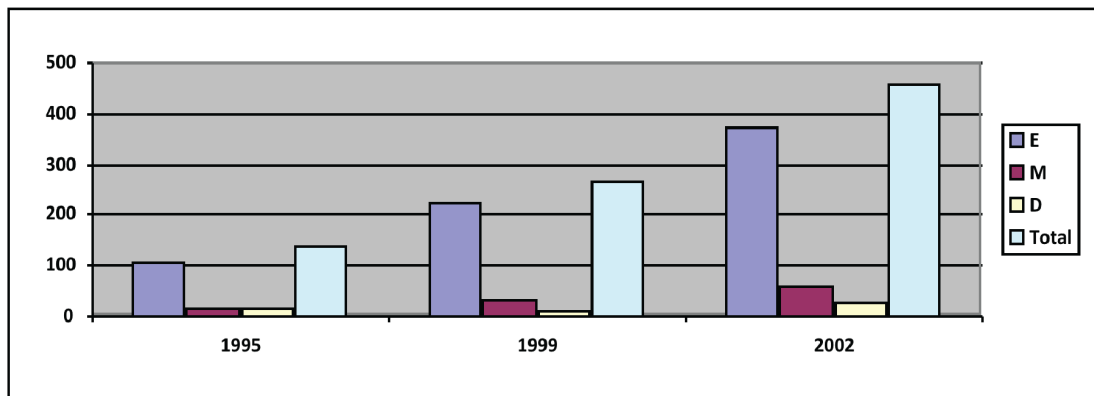
En el área de las Ciencias de la Salud la modalidad tradicional de posgraduación es la de especialidad, de carácter netamente profesional, asociada a una residencia (capacitación en servicio) como base de la formación de habilidades prácticas para el desempeño profesional:

- la especialización es reconocida por los Ministerios de Salud, nacional y provinciales y los consejos médicos, donde los egresados deben inscribirse para anunciarse como especialistas⁹;

9 Al reconocimiento académico se agrega la autorización del Ministerio de salud para anunciarse como especialista. La Ley 23.873 de 1990, en su artículo 21, señala: “Para emplear el título o certificado de especialista y anunciarse como tales, los profesionales que ejerzan la medicina deberán acreditar alguna de las condiciones siguientes: a.- poseer certificación otorgada por comisiones especiales de evaluación designadas al efecto por la autoridad de aplicación, en las condiciones que se reglamenten, las que deberán incluir como mínimo acreditación de cinco años de egresado y tres de antigüedad en el ejercicio de la especialidad, valoración de títulos, antecedentes y trabajos; examen de competencia;b.- Poseer título de especialista o de capacitación especializada otorgada o revalidada por Universidad Nacional o privada reconocida por el Estado:c.-Ser profesor universitario

- el título que otorgan corresponde en general a una de las fórmulas: Médico especialista en... o por ejemplo Médico del Trabajo, Enfermero, especialista en..., Psicólogo especialista en...

Gráfico 2. Carreras de posgrado en Ciencias de la Salud según modalidad



En 1995 las especializaciones en Ciencias de la Salud son 106 aumentando a 375 en 2002. En 1999 constituyen el mayor porcentaje de la oferta, 83%, dado que la formación para la especialidad es la modalidad casi inevitable en estos profesionales. Las maestrías son el 12% de la oferta. En 2002 los posgrados en salud son 451, el 80% especializaciones y el 12%, (58) son programas de maestría. Aunque se mantiene los porcentajes el número de maestrías ha crecido significativamente de 14 a 58¹⁰.

por concurso de la materia y en actividad;d.-Poseer certificación otorgada por entidad científica de la especialidad reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación de acuerdo con las condiciones reglamentarias;e.- Poseer certificado de aprobación de residencia profesional completo no menor de tres años, extendido por institución pública o privada reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación y en las condiciones que se reglamenten...

10 El notable crecimiento de las Maestrías en el área argumenta sobre la hipótesis de esta tesis, ya que son programas de cursado concentrado y en aula, no asociado a residencias ni a títulos que modifiquen el ejercicio profesional certificados por el Ministerio de Salud, por lo que resultan compatibles con una dedicación parcial al cursado y estudio. Se retoma el tema en la tercera aproximación.

Gráfico 3. Crecimiento de la oferta de carreras de posgrado en Ciencias de la Salud según modalidad

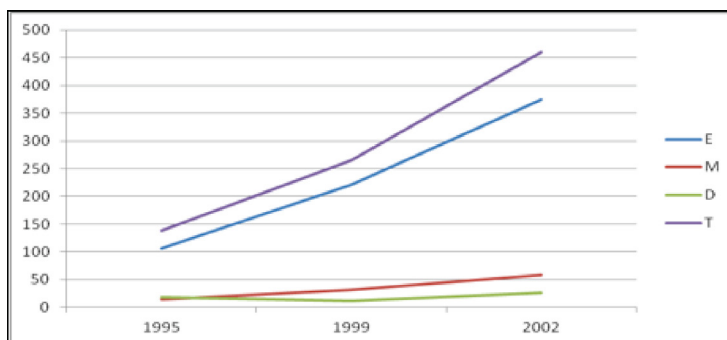
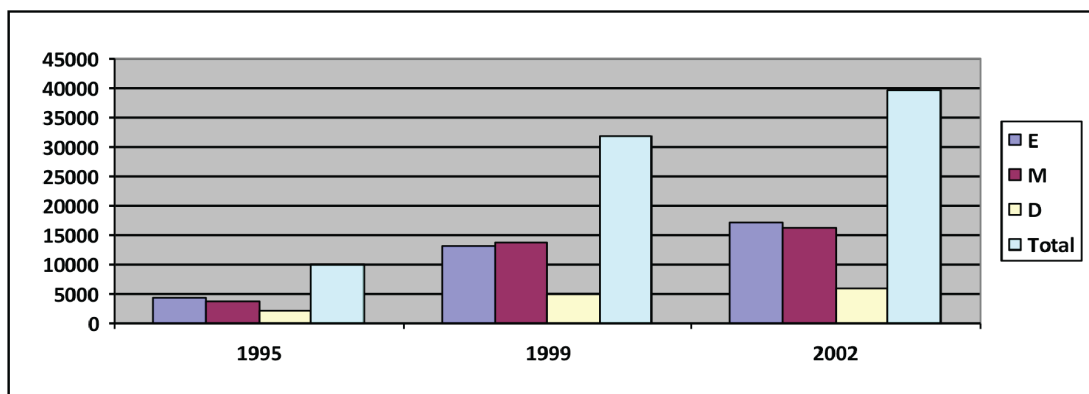


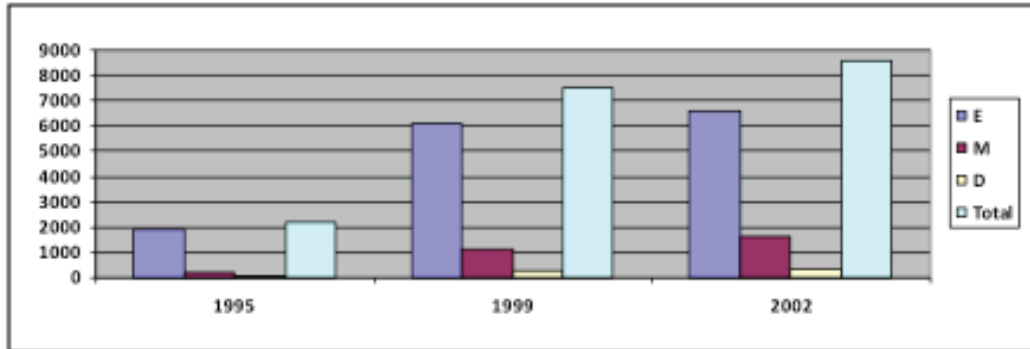
Gráfico 4. Alumnos de posgrado en todas las disciplinas según modalidad



Los datos de alumnos y graduados de los gráficos que continúan provienen del Anuario de Estadísticas Universitarias del Ministerio de Educación.

El 74% del número total de alumnos de posgrado, 31 610, estudiaba en 1999 en universidades nacionales, 25% en universidades privadas y 1% en otras instituciones. La distribución por modalidad se observa en el siguiente cuadro, donde es muy notorio el crecimiento total de la matrícula y la casi equiparación en cursantes de las maestrías con las especializaciones: 16 398 y 17 281 cursantes, respectivamente al 2002.

Gráfico 5. Alumnos de posgrado según modalidad en Ciencias de la Salud



Los cursantes de posgrados en Ciencias de la Salud siguen siendo más numerosos en las especializaciones, 81% las que crecieron especialmente en las universidades privadas del 25 % en 1995 al 35% en 1999.¹¹

Se observa que los inscriptos en Salud se han multiplicado por 5 en un período de 4 años, crecimiento notable que sigue la tendencia general de crecimiento de la oferta, más notorio aún en las maestrías, en el área médica. Es de hacer notar que esta diferencia se asienta también en las posibilidades de inscripción al cursado de un número habitual de 25-30 cursantes por cohorte de maestría en tanto que las especializaciones no inscriben más de 5 alumnos por cohorte dada la necesidad de disponer de ámbitos de trabajo profesional para el cursado. Esta duplicación en un lapso tan corto señala un camino de diferenciación del doctorado, como título de egreso primero y único título de posgrado durante muchos años, que fue tomando características más académicas frente a la aparición de carreras que dieron título de especialidades como certificado de residencias y diferenciándose aún más con el crecimiento de los conocimientos especializados.

¹¹ Esta situación se debe en gran medida a la creación de carreras asentadas sobre servicios de hospitales de comunidad o clínicas privadas que pasaron de depender de grandes universidades públicas a las nuevas instituciones privadas. Al constituirse en sede de residencias de los alumnos de estas instituciones aparecen como oferta nueva privada siendo en realidad una consecuencia más de los procesos de privatización.

Como se ha dicho, la tradición de formación de posgrado en especialidades en el área de Salud revelan/sintetizan un modelo tradicional y legitimado de formación de *especialistas* con fuerte presencia de la actividad en servicio así como la escasa presencia de maestrías. El dato a resaltar en esta tesis es entonces el crecimiento cuantitativo de la oferta de carreras en especial en la modalidad de maestrías como novedad en el área, al 2002.

LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) Y LOS LINEAMIENTOS PARA LA FORMACIÓN

Desde mediados del siglo xx la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha contribuido a la formación de recursos humanos en salud colaborando con instituciones formadoras y capacitadoras de América.

En los años `70 la OPS propone incorporar contenidos disciplinarios como administración en salud y epidemiología que derivan en proyectos de desarrollo de la administración en salud.

En los `80 el programa de Desarrollo de Recursos Humanos, en el contexto del ajuste estructural, promueve la profundización de áreas críticas de políticas de salud como marcos referenciales para los curriculum en SP: economía, tecnologías, epidemiología, con participación de los profesionales de los servicios.

En los noventa, la cooperación técnica analiza el campo de la formación en SP, en teoría y prácticas, para revisar la articulación entre programas y políticas de las Escuelas.

La Primera Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública se realizó en 1994 en Río de Janeiro y analizó la problemática de los recursos humanos en los países en el marco de las reformas.

La II Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública, “Reforma Sectorial y Funciones Esenciales de Salud Pública: Desafíos para el Desarrollo de Recursos Humanos” se llevó a cabo en la Ciudad de México en 1998.¹².

Entre otros aspectos esta conferencia señaló que *una estrategia fundamental es la reorientación estratégica de los programas de enseñanza, investigación y cooperación técnica*, destacando el importante crecimiento y diversificación de la formación de posgrado en América Latina.

Poco más del 50% de las instituciones formadoras han sido creadas en los últimos 10 años y se han identificado orientaciones relativas a la enseñanza de la salud pública que incluyen dos tipos de influencias: unas relativas a la calidad de la enseñanza que pretenden vincular el aprendizaje a la práctica y enfatizar una mayor participación política en el curso de la formación, y otras más relacionadas a la expansión del aparato formador para dar respuesta a la demanda creciente por estudiar salud pública.

12 Organizada por la OPS y la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESPP) y otras asociaciones, planteó: Analizar las implicaciones de las Funciones Esenciales y los procesos de Reforma Sectorial en el desarrollo de recursos humanos en salud pública en términos de contenidos, procesos y actores; Analizar las principales tendencias de la educación en salud pública en los últimos años y el grado en que se ha dado respuesta a los nuevos desafíos e; Identificar estrategias innovativas para abordar las áreas críticas y responder a las exigencias contemporáneas en materia de educación en salud pública.

Se observa la incorporación de nuevos contenidos en el currículum de salud pública y avances metodológicos, como el desplazamiento de la conducción del proceso de enseñanza del profesor hacia el alumno, proponiendo flexibilización, estableciendo núcleos comunes de conocimientos, habilidades y destrezas. Se explicitan diferencias de acuerdo con la procedencia profesional e intereses de los estudiantes y se propone integrar la formación a la acción de los servicios de salud. El núcleo curricular debe abarcar cuatro aspectos fundamentales: investigación, integración del conocimiento, aplicación y gestión social del conocimiento.

Con respecto a las metodologías, se plantea la necesidad de unir el proceso de aprendizaje con el laboral; con respecto a los procesos y actores, se reconoce la necesidad de integrar la formación y la acción: las escuelas deben salir a lo laboral.

Con posterioridad a estas Conferencias la OPS gira para la discusión un documento denominado *La Salud Pública en las Américas. Para una Educación en Salud Pública acorde a los desafíos de los Procesos de Reforma y de las Funciones Esenciales de Salud Pública. En el Perfil del proyecto Características, Relevancia Académica y Proyecciones Sociales de la Investigación en los Programas de Posgrado en Salud en América Latina* de la Primera Reunión del Grupo de Trabajo sobre *La Investigación en Salud en los Programas de Posgrado*- octubre de 1999- se definen como propósitos:

- intercambiar información sobre los sistemas de evaluación de los programas de posgrado en los países participantes y establecer a partir de las dimensiones e indicadores de los procesos evaluativos, los modelos de referencia de la enseñanza y práctica de la investigación considerada de excelencia.

- Conocer los programas de maestría y doctorado en Salud Pública y áreas afines así como de las áreas clínicas y biomédicas de alto impacto para la SP que están acreditados y evaluados por las instancias competentes en cada país.

La formación en Salud Pública contiene, en la agenda del Proyecto, cuatro agrupamientos, desde las prácticas sociales para la vida a la atención de salud, pasando por la construcción de entornos saludables y de la ciudadanía participativa. En el campo académico, este Proyecto tiene como referente, no sólo a la formación específica sino a los posgrados de medicina social, epidemiología, administración, ciencias sociales aplicadas a salud y ciencias relacionadas con el ambiente¹³.

La XIX Conferencia de la ALAESP reunida en La Habana en el año 2000 bajo el nombre “Desarrollo de la Educación en Salud Pública: Desafíos para el Siglo XXI”, formula propuestas de agenda para las instituciones de formación y capacitación en salud pública y marco de referencia para la cooperación técnica. Retoma las FESP y los campos de acción enunciados anteriormente y especifica, para el Campo I, la Formación de Recursos Humanos, los desafíos y prioridades:

- la expansión de nuevos conocimientos;
- las nuevas demandas de formación por las modificaciones en el mercado de trabajo y;

13 Se señalan, entre otras características de la situación, la bipolaridad entre realidad y aspiraciones en salud, representadas por megatendencias concentradoras de la riqueza, con reacciones locales cuya combinación es causa de conflicto y violencia vs. agenda basada en la solidaridad, científicidad y democratización; un cambio general en el rol estatal: desde la producción a la gestión y un cambio específico del rol estatal en el sector salud: desde prestador y regulador a coasegurador con el sector privado.

- la necesidad de introducir la evaluación sistemática y el análisis de competencias y desempeño para la práctica adecuada de la Salud Pública.¹⁴.

En la convocatoria a la reunión se señala la responsabilidad que les cabe a las instituciones de formación y capacitación en SP en la preparación de los responsables políticos y técnicos de la conducción del sector en interacción con los organismos legislativos para dar lugar a políticas de gobierno en salud.

ESTADO DE SITUACIÓN DE LA FORMACIÓN. INFORME DE LA ASOCIACIÓN DE ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA DE LA ARGENTINA (AESPA)

Este informe fue producto de una reunión realizada con los responsables de las Escuelas de Salud Pública argentinas en agosto de 1991. Sintetiza la situación y las discusiones en el campo a ese año, en lo referente a la vinculación de la política con el contexto social y el papel del Estado; las escuelas y la capacitación de profesionales calificados; la incorporación de los aspectos administrativos, técnicos y de las ciencias sociales en los programas y la descripción de los planes de estudios y la identificación de tendencias en la formación.

La reunión tuvo especial importancia por realizarse en momentos en que *“se cuestionan tanto los programas de formación en Salud Pública como el papel de las escuelas, y se reorientan los modelos de atención bajos principios de subsidiariedad del estado, hacia la privatización progresiva de servicios y con criterios adversos a la equidad y la universalidad”*.

14 Centrales para el análisis y desarrollo de esta tesis resultan los documentos “Transición paradigmática y desarrollo curricular en Salud Pública” de Jairnilson Silva Paim y “De las respuestas educacionales con base En las competencias de las instituciones y de la fuerza de trabajo de Luis Ruiz presentados en esta Conferencia y que serán comentados en el Encuadre teórico.

En el informe de la reunión se muestran los resultados de una encuesta a las Escuelas de Salud Pública que sintetiza el estado de la formación a 1991. Allí se agrupan 51 instituciones formadoras, universitarias y no universitarias, públicas y privadas, creadas y en proceso de aprobación.

Tabla 2. Sede institucional de las carreras y carga horaria

Sede Institucional Carreras	Instituciones	Cursos 1991	C H	C H	C H
			400-600	600-1200	1200
Escuelas de SP universitarias	4	9	4	4	3
Escuelas de S P no universitarias	1	1	-	1	-
U A Cs de la Sd	8	10	4	1	5
U A no Cs Sd.	8	9	3	2	4
Ministerios, Secretarías	Prov.11	8	4	3	1
	Nación 1	2	2	-	-
Entidades gremiales/ colegiadas	-	12	5	2	1
Otros	3	6	3	1	1
Total	35	57	25	14	15
			46%	26%	28%

Fuente: Elaboración propia en base a Informe AESPA. Agosto 1991

Como se observa en el cuadro precedente 12 instituciones donde se dictan los cursos son instituciones académicas de salud, es decir del ámbito universitario en salud; 8 son académicas no de salud y 16 no académicas.

Los cursos encuestados suman 76 pero sólo 57 se están dictando. La diferencia corresponde a algunas maestrías que se están organizando, según explica el autor. Es en este período cuando comienza la discusión del Sistema de Cuarto nivel, la carga horaria de

los cursos no estaba hasta ese momento reglamentada. A partir de la Ley de Educación Superior (1995), las maestrías deben presentar una carga horaria mínima de 700 hs para ser reconocidas oficialmente lo que obliga a revisar los reglamentos internos de las universidades para adecuar las cargas horarias.

Al mismo tiempo esta normativa invalida el reconocimiento de los cursos de menor duración por lo que algunos se fusionan con los universitarios y otros dejan de dictarse.¹⁵.

Las instituciones académicas de salud tienen a su cargo el 35% de los cursos, las Unidades Académicas de no salud el 16% y el 14% los ministerios. Las entidades gremiales el 21% indicando una fuerte presencia de lo no académico en el posgrado¹⁶.

El 71% de los alumnos egresó de instituciones no académicas, porcentaje que se mantiene aproximadamente en los alumnos que cursan en 1991 (63%).

15 Cuando en los capítulos posteriores se compare la situación del año 1991 con la que se describe para 1999 y 2002 se observará que el número, especialmente en las maestrías no difiere mucho con el de los cursos y en algunos casos es inferior. Es necesario insitir entonces en las características no académicas de parte de esta oferta y al mismo tiempo en su baja duración y no regulación.

16 Se recuerda aquí lo mencionado acerca del artículo de la LES que creaba un registro de entidades no universitarias, de reconocido prestigio y actuación en las profesiones de salud como asociaciones y academias, habilitadas para dictar temporalmente opciones de formación de posgrado. No se incluían entre ellas los colegios médicos, entidades gremiales, que debieron asociarse con universidades para continuar con la oferta de cursos y carreras.

Tabla 3. Alumnos y docentes

Sede Institucional Carreras	Alumnos	%	Egresados	%	Docentes Estables/ invitados
Escuelas de SP universitarias	173	10	175	11	87/49
Escuelas de SP no universitarias	67	4	38	2	10/10
U A Cs de la Sd.	167	9	200	13	142/76
U A no Cs Sd.	238	14	16	1	50/64
Ministerios, Secretarías	365	21	479	31	13/150
	123	7	153	10	10/3
Entidades gremiales/ colegiadas	258	15	250	16	60/93
Otros	317	19	217	14	15/95
Total	1708	100	1528	100	387/530

Fuente: Elaboración propia en base a Informe AESPA. Agosto 1991

La encuesta revela que más del 60% de los alumnos proceden institucionalmente del sistema público provincial, dato de suma importancia para caracterizar al sistema de formación vigente a 1990 a diferencia del que se analiza en la tesis. Según la hipótesis planteada, los cursantes se inscriben a posgrados pagos sin beca guiados en mayor medida por la inserción laboral a futuro que por el lugar o la situación de pertenencia actual al sistema de salud y a la capacitación para el mejor ejercicio.

En cuanto a los docentes el número de docentes invitados (no pertenecientes a las plantas permanentes) de la instituciones es muy superior (530/387) al número de docentes regulares, agregado al dato de que 120 de los docentes propios son Jefes de Trabajos Prácticos. En los cursos de instituciones no académicas el soporte docente de invitados es el 74% del total. Los datos indican también que los docentes propios en las unidades

de Ciencias de la Salud es 37% en tanto que el resto de los cursos es del 72% lo que indica una relación docente/alumno particular y a analizar.

Agrega el estudio que sólo el 35 % de los programas tiene biblioteca propia y el 10% no tiene acceso a ninguna biblioteca. Sobre Investigaciones se señala la situación como crítica: son escasas y se concentran en dos o tres instituciones, respondiendo además a personas y no a grupos de investigación.

Dice el Dr. Enrique Stein, responsable de la elaboración y sistematización de los datos provenientes de la encuesta, al identificar las tendencias generales de la formación de posgrados en Salud Pública:

Un rasgo esencial del actual panorama de la formación en SP en la Argentina es la gran amplitud y dispersión de propuestas de formación que hacen recaer el mayor peso sobre los servicios utilizadores y las entidades gremiales y colegiadas o cursos en servicio... esa nueva situación no ha modificado la tradición de desarticulación entre formación y servicios, entre teoría y práctica así como la falta de coordinación y estructura del sistema formador, el desconocimiento de los requerimientos de sistemas y servicios de salud diferenciados, la inadecuación teórica, organizativa y pedagógica a los cambios tecnológicos y científicos que responden críticamente a las exigencias de salud.

Se observa así que ya en el año 1991 estaban delineadas las tendencias que se señalan como hipótesis en esta tesis.

SEGUNDA PARTE

Aproximaciones analíticas al objeto de estudio

CAPÍTULO 5

Primera aproximación analítica al objeto de estudio.

La Dimensión social amplia como determinante del currículum y la formación

En esta primera aproximación, se analizan las transformaciones estructurales del Estado en el sector salud, la Administración Pública y las universidades como ámbitos laborales; se detallan sus consecuencias en el trabajo/empleo de los profesionales universitarios en Salud Pública.

Se sostiene en esta tesis que estas transformaciones inciden en el currículum real a través de las demandas que dichos profesionales realizan a la formación, basadas en las presunciones sobre las posibilidades de inserción laboral/ocupación/empleo, en el ámbito de salud y en el del trabajo académico.

Con el objeto de argumentar sobre esta hipótesis se describen las variaciones en los puestos y oportunidades de trabajo y empleo durante los años '80 y '90 y las características del sector salud como ámbito laboral. Se atribuyen estas variaciones a las políticas de reforma del estado: descentralización, desregulación, flexibilización laboral y privatizaciones.

Posteriormente se analizan los datos de empleo real y las tasas de ocupación y desocupación. Se considera la composición de conjunto de empleados y desempleados en el sector y su formación universitaria profesional.

Por último se analiza la Administración Pública, las Reformas del Estado y la universidad como ámbito laboral así como la inserción docente en los posgrados y el mercado de trabajo académico.

ESTRUCTURA Y TRANSFORMACIONES EN EL SECTOR SALUD Y SUBSECTORES

En Argentina, el sistema de atención de la salud está compuesto por tres subsectores: público, de las obras sociales y privado.

El subsector público cuenta con financiamiento estatal y tiene a su cargo instituciones públicas prestadoras de servicios de salud en las tres jurisdicciones, nacional, provincial y municipal. Se trata del subsector que concentra la mayor cantidad de recursos y posee la mayor extensión territorial.

A partir de la descentralización y la delegación en las provincias no tiene una administración centralizada y no hay, como en los países con Estado de bienestar y hasta los años 80, una autoridad rectora en el sector. El presupuesto también está descentralizado y es alto el peso del financiamiento internacional y de sus condicionamientos a través de la normativa de los Hospitales Públicos de Autogestión o de las convocatorias para la obtención de subsidios y créditos para programas específicos.

El subsector de las obras sociales se financia en base a un seguro obligatorio, basado en los pagos de trabajadores y empleadores. Cuenta sólo en pocos casos con infraestructura propia, lo más habitual es que contrate los servicios de prestadores privados.

El subsector privado está compuesto por profesionales que prestan servicios independientes a pacientes particulares (afiliados o no a las obras sociales), y por sistemas privados de medicina prepaga, que adoptan la forma de seguros voluntarios.

El número de establecimientos también da idea del tamaño de los subsectores. Se agrega así otra estimación de puestos de trabajo si es, como se sostiene, que los posgrados tienden a formar gerentes, directores, administradores de establecimientos y organizaciones sociales o de atención de la salud, indicando posibilidades de empleo en los diferentes sectores a los que podrían incorporarse los profesionales.

Tabla 4. Establecimientos según dependencia administrativa

Año	Oficial	Obra Social	Privada	Mixta	Total
1980	4.648 51,4%	364 4,0	4.039 44,6%	---	9.051
1995	6.971 43,3%	222 1,4%	8.873 55,2%	19 0,1%	16.085

Fuente: datos publicados por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina, Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, 1995¹⁷

Puede observarse un importante crecimiento en el número total de establecimientos entre 1980 y 1995, debido centralmente al subsector público (sobre todo en establecimientos sin internación, como las unidades sanitarias locales), y a un muy fuerte crecimiento del subsector privado. Un especialista describe las posibles tendencias identificables como consecuencia del mismo:

Por primera vez en la historia del sector salud, la oferta de instituciones es mayoritariamente privada dentro de un contexto de creciente mercantilización de la práctica profesional. Esto implica que la estructura asistencial se va flexibilizando y que podrá descontar los cambios en las reglas de juego a mayor velocidad que en el pasado. Para

¹⁷ El dato de disminución de establecimientos de las obras sociales, de 364 a 222, por privatización directa o cierre de hospitales de rama de la producción como el Hospital Ferroviario y otros al venderse las empresas estatales, argumenta en el mismo sentido de esta tesis sobre la privatización de lo público.

decirlo de otra forma, la nueva estructura de propiedad institucional del sector acelerará el ritmo de cambio en el mismo (Tafani, R, 1997 y Flood, C, 1994).

FINANCIAMIENTO DEL SECTOR Y SUBSECTORES

Para 1991 el gasto total en salud fue de unos 13 mil millones de pesos, lo que representa aproximadamente entre el 7 y el 8% del Producto Bruto Interno (PBI). Datos provenientes de otras fuentes estiman un porcentaje similar para 1997, 22 781 millones, representando un 7,21% del PBI de ese año. (Tobar, F. 1999. Argentina. Características generales, Documento de investigación de ISALUD.)

Para dar una idea de las magnitudes relativas de los subsectores, desde el punto de vista de la utilización y de la fuente de los recursos, el subsector público representa poco menos del 20% del total del sector salud, -2 527 millones de pesos- a 1991 de los cuales aproximadamente el 75% corresponde a las provincias. El subsector de obras sociales tiene poca presencia en la utilización, el 3%, -467 millones-, pero fuerte representación en la financiación, con algo más del 30%.-4.278 millones-. La diferencia se explica porque este subsector financia fundamentalmente la contratación de servicios privados, profesionales independientes o instituciones. Se asigna a estos servicios cerca del 90% de los recursos de las obras sociales.

Finalmente, el subsector privado es el predominante en la utilización, 77%, 10 084 millones y tiene una fuerte representación en el financiamiento, 48% a cargo de las familias. Tanto esta participación como la aplicación casi exclusiva de los fondos de las obras sociales al subsector privado, muestran un desarrollo potencial para las empresas privadas de seguros de salud y para los establecimientos asistenciales privados, aunque con crisis en las obras sociales por baja de recaudación y la saturación del mercado.

Retomaremos esta afirmación al tratar las posibilidades de empleo de los RRHH formados en Salud Pública en este sector.

ORGANISMOS MULTILATERALES DE CRÉDITO

En un estudio de las nuevas *formas de financiamiento internacional*, Diana Tussie (1999) analiza los nuevos *mandatos de los bancos multilaterales*. Señala que hasta la década de los '80 el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) fue la principal fuente de financiamiento externo público, financiamiento que se destinaba a las grandes obras de infraestructura física y energética, en tanto el Banco Mundial (BM) mantenía un perfil muy bajo. Recién con la crisis de la deuda en la década de los 80 el BM incrementó sus compromisos en la Argentina llegando a casi el doble de los asumidos por el BID que, a partir de 1991 adopta también este tipo de préstamos. Estos programas o préstamos de rápido desembolso destinados a apoyar la balanza de pagos, se volcaron al ajuste sectorial con marcadas condicionalidades de reformulación de las políticas públicas.

Luego de la crisis financiera pos-tequila en 1994, tanto el BID como el BM realizaron grandes transferencias con el modelo de rápido desembolso para la reforma del estado, la privatización de bancos provinciales, las reformas de los programas de planes sociales y otros. En sus informes de 1994 y 1995 el BID menciona préstamos a la Argentina por 2 297 millones de dólares, 300 de los cuales se dedicarían especialmente a la reforma e inversiones en el sector educación; en 1996 de 3 000 millones aproximadamente 100 se destinan a la modernización y reformas del sector salud y 300 a las cajas previsionales provinciales.

Por su parte el Banco Mundial ha efectuado préstamos por más de 5 000 millones de dólares condicionados al avance del ajuste económico, destinados a la eforma

del seguro de salud a cargo de las obras sociales y las reformas de las relaciones laborales para reducir las rigideces del mercado laboral y los costos laborales, créditos y usos que argumentan sobre los aspectos de endeudamiento, ajuste, y otros procesos señalados.

El Banco Mundial menciona en sus informes 1994-1995 sobre préstamos por 2 967 millones de dólares de los cuales 101 millones están destinados a la reforma sectorial en el sector provincial de salud y 165 a la educación universitaria, entre otros. En 1996 este banco destina 375 millones de dólares a la reforma/desregulación de las obras sociales e Instituto Nacional de Servicios Sociales, todas reformas de gran impacto sobre la cobertura de salud de la población, a las que se añade el programa de desregulación del hospital público conocido como hospitales de autogestión.

Otorgados con condicionamientos a realizar las reformas impulsadas, estos créditos son recibidos por el Estado Nacional y los estados provinciales a través de Secretarías de Desarrollo Social o fondos nominales y ONGs tradicionales o creadas ad hoc, siempre vinculados a proyectos o programas específicos y concursables. Sin embargo, el uso de los créditos fue derivado a ONG's o fundaciones constituidas por beneficiarios directos, centros comunitarios, organizaciones de asistencia o ligas que no son beneficiarios directos, y ONG's de desarrollo formadas por técnicos y profesionales que se dedican fundamentalmente a proyectos de servicios, capacitación e investigación en temas de desarrollo. Así una rápida comparación con los datos de financiamiento mencionados anteriormente dan una idea de la relevancia del financiamiento condicionado, para los sectores salud y educación y de las características de la inserción laboral posible para los recursos humanos formados.

Al mismo tiempo estas organizaciones, así como las instancias del estado o estados provinciales que los administraron se vieron obligadas a modificar sus prioridades políticas para acceder a los fondos volviéndose muy vulnerables a las agendas externas de financiamiento. También las urgencias por solicitar y ejecutar los préstamos conspiró contra la participación de los beneficiarios e interesados en la detección de necesidades, en el diseño, la ejecución, la administración, el manejo de fondos y el control y evaluación de los proyectos y programas resultando en un panorama sin planificación, fragmentado temática y geográficamente.

Las consecuencias curriculares de esta situación, es decir la adopción de contenidos y técnicas que formaran habilidades para la vinculación externa y que facilitaran programas y contactos con estas fuentes de financiamiento como opción laboral se analizan en los capítulos específicos y son centrales en esta tesis.

EL SECTOR SALUD COMO ÁMBITO LABORAL

La crisis fiscal de los años '80 y '90 y las consecuentes políticas de reducción del gasto impactaron provocando crecientes conflictos laborales, tanto por los recortes salariales como por los cambios en las condiciones de trabajo vigentes.

En relación con este incremento de los conflictos laborales se produce una actualización de los debates en torno a la relación entre educación y mercado laboral en el sector salud, destacándose la presencia de los siguientes temas, de obligado interés para las instituciones formadoras (Brito, Novick y Mercer, 1993):

- problemas del mercado de trabajo, tales como subempleo y multiempleo;

- desvalorización de las credenciales profesionales;
- inadecuación entre los perfiles de formación (de grado y de posgrado) y los requerimientos de los servicios de salud.

El trabajo como problemática conceptual no ha sido tradicionalmente un tema central en el sector salud cuyo centro de atención se dirigía más hacia la atención, la cobertura, la formación. Las transformaciones de los ámbitos laborales en cuanto a los procesos de descentralización, financiamiento, gestión y provisión de servicios cambiaron la estructura de personal, las remuneraciones ofrecidas, las condiciones del trabajo y las modalidades de contratación, alejándolo de la homogeneidad de los anteriores modelos de sistemas únicos con segmentos diferenciados en sus condiciones de trabajo y normas laborales¹⁸.

Los programas de reformas sectorial no han contemplado las cuestiones relativas al trabajo del personal a pesar de que los procesos de reforma del Estado y los cambios acelerados en los patrones de empleo... *están afectando de manera importante el trabajo del personal en los servicios, los contenidos, las condiciones y las relaciones que los configuran* (Brito, P. Los desafíos de recursos humanos en salud en reforma sectoriales. OPS. Washington DC. Noviembre 2001).

La actividad laboral en el sector salud es una actividad mano de obra intensiva, basada en el empleo de profesionales con una composición de costos de elevado gasto

18 En general la comunidad de salud pública, los responsables de la conducción del sector no perciben la fuerza de trabajo como una prioridad para el funcionamiento de los servicios. Se acepta que la sola existencia de personal adecuadamente capacitado no garantiza la solución de todos los problemas, pero no se da importancia al hecho de que sin este personal la tarea resulta imposible (Ferreira, J. R., 1993).

en personal; de alta autonomía de los profesionales que cuestionan las demandas del planeamiento y la gerencia y con alta repercusión social del servicio prestado.

Con estas características la actividad laboral en salud es una actividad difícilmente rentable para los servicios privados y que corresponde, para una efectiva cobertura de la población al ámbito de lo público, en especial cuando la cobertura de las obras sociales se reduce por el desempleo.

Przeworsky (1998) señala:

Recientes análisis económicos muestran que los mercados no son eficientes y que la intervención estatal puede mejorar las asignaciones del mercado... Muchos de los problemas que conlleva el diseño de las instituciones estatales se plantean porque los políticos electos y los burócratas designados pueden tener intereses y objetivos propios. Dado que las asignaciones de mercado no son eficientes, la intervención del estado puede ser superior a la no intervención. El lenguaje mismo que se refiere al mercado sujeto a intervenciones por parte del estado es engañoso. El problema que enfrentamos no es el mercado versus el estado sino la cuestión de las instituciones específicas que podrían inducir a los actores individuales- ya sean agentes económicos, políticos, burócratas, a conducirse de modos colectivamente beneficiosos.

Estos problemas fueron también diagnosticados en una investigación de los años `80 en el marco de un estudio sobre varios países latinoamericanos (Bianco, M.y Sonis, A. *Recursos humanos en salud de la Argentina*, en Educación Médica y Salud, Vol. 20, No. 3, 1986). Los principales problemas allí identificados eran:

- Desequilibrio en la distribución geográfica.

- Desequilibrio en la proporción de médicos y enfermeros.
- Desequilibrio entre el sistema de formación y el sistema de servicios de salud.
- Falta de una adecuada proporción entre categorías de personal: el personal que trabaja en salud puede ser gráficamente representado como un reloj de arena: gran cantidad de profesionales (sobre todo médicos, pero también bioquímicos y farmacéuticos en el último tiempo) y de personal auxiliar (auxiliares de enfermería, personal de mantenimiento y limpieza, entre otros) en los extremos superior e inferior, y pocos técnicos de nivel intermedio. Entre 1969 y 1980 el número de profesionales de salud no médicos aumento en 100%, los tecnólogos del 6 al 10% 82% los odontólogos y 24% los bioquímicos. Disminuyeron un 20% los cargos para enfermeras universitarias y aumentaron un 30% para médicos, y aumentaron solo 14% en instituciones, los cargos en servicio social disminuyeron en un 1,2%.

La estructura de recursos humanos en salud presenta la forma de una pirámide invertida, en la que la participación relativa de las categorías profesionales resulta muy superior a las de las categorías técnicas y auxiliares.

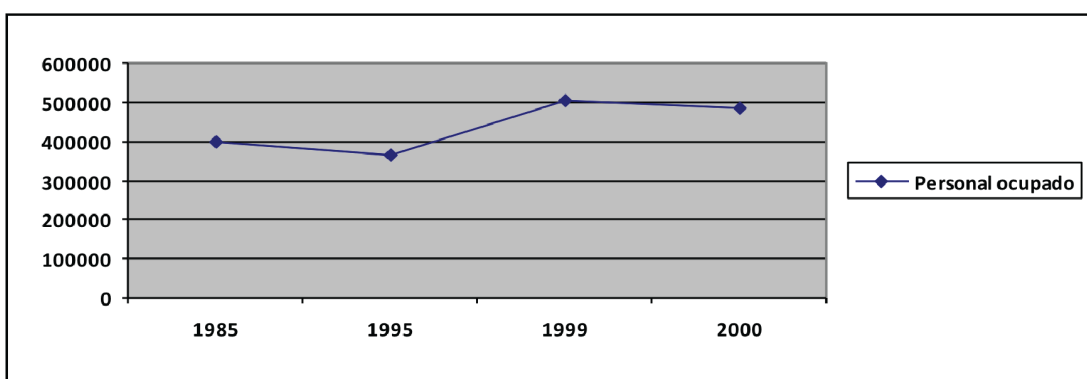
PERSONAL OCUPADO EN SECTORES Y SUBSECTORES

La ocupación se redujo en los años '90, como señalan Damill y Fanelli (1994) Fanelli y Frenkel (1996-97) y otros, afirmando que, aun cuando la economía crecía, en la reestructuración productiva del período fueron determinantes la apertura, la desregulación y las privatizaciones. El desempleo pasó de 6,3% a fines de 1990, a 18,4% en 1995, al 13% en 1998 y al 21% en 2001.

Las políticas económicas descriptas y los datos de la formación de los profesionales o técnicos podrían mostrar cierta relevancia de los estudios superiores para lograr em-

pleo o mantenerse en él, no siempre en una inserción laboral acorde. En primer lugar se incluyen, para este análisis, los datos de evolución de la ocupación en el sector.

Gráfico 6. Personal ocupado en el Sector salud



El sector salud muestra históricamente un crecimiento significativo de la ocupación y un crecimiento de su peso relativo en el total de ocupados de la economía. Este sector empleaba en el año 1980 a 210 000 personas, el 2,9% de la fuerza de trabajo del país. (Brito, P., Novick, M., Mercer, H. *El personal de salud y el trabajo: una mirada desde las instituciones* en Educación Médica y Salud vol. 27, N°1, 1993).

En 1985 el personal de salud se estimaba en 400 000 personas constituyendo el 4% de la Población Económicamente Activa (Abranzom, M. inédito). Desde el mes de mayo del año 1995 al mismo mes del año 1999 se observa un incremento de 138 992 personas ocupadas en el sector, pasando de 364 965 personas (85,4% del total de ocupados) a 503 957 ocupados, 6.0% del total de ocupados en la economía (Morano, C., 2000).

Posteriormente se ha producido una desaceleración de esta tendencia creciente. Los datos correspondientes al 2000 indican que este sector ocupaba a 485 mil personas en

servicios de atención directa con una mayor concentración de ocupados en el sector privado: el 59,8% de los ocupados en atención directa de la salud pertenece al sector privado, y 40,2% al sector público.

Esta diferenciación, que en el caso de las tareas administrativas supera el 15%, muestra que aunque el mayor peso de la ocupación en este sector está en la atención directa de la salud, los ocupados en las áreas administrativas, 43 000 trabajadores, están concentrados mayoritariamente en el sector privado, especialmente en la medicina prepaga. En el sector público se emplea a 13 032 personas, en el sector privado o de obras sociales a 11 656 y en el de prepagas 17 509. (Dirección de Ocupación e Ingresos. Ministerio de Economía, sobre la base de tabulaciones especiales de la Encuesta Permanente de Hogares). Estos datos indican provisoriamente que la formación de recursos humanos estará influenciada en mayor medida por los requerimientos de este sector por su peso en las posibilidades de inserción laboral.

Otros estudios realizados en el marco de la Secretaría de Planificación de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), también ofrecen estimaciones acerca del volumen del personal ocupado en el sector salud en la Argentina, profesionales universitarios en este caso. Los datos muestran una estimación global de la fuerza de trabajo que desempeña sus tareas en el sector salud, desagregada según las principales categorías profesionales y técnicas intervinientes. Aunque el trabajo citado presenta también datos de personal no calificado se incluyen solamente los datos de profesionales y técnicos dado que se considera para este estudio la posibilidad de inserción de trabajadores profesionales con título de grado, que son los que pueden optar a la formación de posgrado universitario.

La evolución de los puestos de trabajo desde los años '80 y '90 indica una reducción directa de trabajadores empleados o contratados. También se señala en este estudio que dado las formas flexibilizadas de contratación este número puede ser inferior al real. A 1998 se estima en 108 800 el número de médicos, 28 900 el de odontólogos, 15 300 el de farmacéuticos, 11 100 el de bioquímicos, 43 000 el de psicólogos, 9 800 el de kinesiólogos, 5 300 el de dietistas/nutricionistas, 29 000 el de enfermeros, 57 000 el de auxiliares de enfermería y empíricos, 1 000 el de ingenieros sanitarios, 3 300 el de trabajadores sociales, 13 000 el de veterinarios, 11 100 el de técnicos excluidos profesionales y 103 500 el de administrativos y servicios generales. (Abramzón y Cadile, 2001).

LA FORMACIÓN DEL PERSONAL OCUPADO. COMPOSICIÓN DEL EMPLEO

La Encuesta Permanente de Hogares (EPH 2000) permite cuantificar los ocupados en tareas asistenciales para el sector público en 194 706 personas y en las obras sociales y prepagas en 13 032 personas. Para el sector privado se estiman 289 636 personas ocupadas en servicios médicos y de sanidad y 29 165 en obras sociales y prepagas sobre un total de 318 801.

La característica diferencial del sector público respecto al privado, en cuanto a la composición del empleo, es el nivel educativo, que tiene altos niveles de instrucción en este sector y más bajos en sector privado, en relación con el tipo de prestaciones y prácticas que existen en cada uno de los subsectores: tienen mayor incidencia en el sector privado los servicios de hotelería hospitalaria y otras prestaciones que no requieren de personal altamente calificado. Si se analizan los niveles educativos de los trabajadores del sector salud del total de aglomerados de la EPH, se observa que la mayor proporción de ocupados alcanza a niveles de enseñanza superior (46%).

Los ocupados en servicios médicos y de sanidad por nivel de calificación y por jurisdicción a octubre 1999 muestra para el sector público el 32% de profesionales, 34% de técnicos, 22% operativos y 11% de personal no calificado.

El sector privado, para las mismas categorías, registra 32%, 27%, 23% y 17%. Los profesionales son en total un 35,2% de los trabajadores de ambos sectores.

En cuanto a los recursos humanos no asistenciales para octubre de 1999, se encontrarían ocupados aproximadamente 43 000 personas incluyendo entre los profesionales especialistas en medicina sanitaria, auditoría médica, psicología sanitaria, trabajo social, como también contadores, administradores de empresas, ingenieros sanitarios, títulos de grado que se encuentran habitualmente entre los cursantes de las carreras en estudio.

Debe señalarse que la fuerza de trabajo se ha desplazado en conjunto en estos años hacia niveles de mayor formación. En 20 años la PEA con baja instrucción se redujo y al mismo tiempo aumentó el porcentaje de los que finalizaron otros niveles educativos.

Tabla 5. Nivel de educación. Porcentaje sobre PEA

Nivel educativo alcanzado % sobre PEA	1970	1980	1991
Primario o secundario incompleto	41.1	48.2	21.9
Terciario-universitario completo	3.2	5.3	8.1

Si se considera el nivel educativo de los ocupados con nivel universitario completo su evolución muestra también un incremento desde 1991 con un aumento en la participación del sector universitario en la ocupación. La población ocupada con educación terciaria /universitaria completa pasó del 14,1% al 16,2% entre 1991 y 1996. Al mismo tiempo, para esos años el nivel de calificación de tareas de los ocupados profesionales descendió de 9.7 a 9.4. sobre una relación de, para los Calificados 61.7/60.3, y de 28.6/30.3 para los no calificados.

Tabla 6. Ocupación en relación con el Nivel educativo

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Evolución de la ocupación nivel educativo universitario completo. Base 1991=100	100	111.7	114.1	117.9	119.9	125.6	136.5				
Tasa de empleo Ocupados / Población total terciario o universitario completo						83.2	83.7	84.6	85.5	83.6	84.1
Tasa de actividad promedio (ocupados y desocupados/población total para el nivel terciario universitario						90.4					90.5

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Mapa de la oferta de Educación Superior (ME 2003), CEP (1999) con base censos nacionales, INDEC-EPH.

Afirma Graciela Riquelme (2000):

El mercado en los 90 ha favorecido la incorporación de los más educados, en gran medida por la sobreoferta relativa de recursos humanos y la baja demanda de empleo, hecho que obedecería en términos cuantitativos más hacia una fuga hacia adelante que a los cambios operados en la estructura de calificaciones ya que en la década de los noventa quienes buscan empleo están obligados a adquirir nuevas competencias y calificaciones

La tasa de ocupación creciente de 90.4 en 1996 y 90.5 para 2001 implica una mayor inserción laboral de las personas de este nivel educativo. Sobre el aumento general del nivel educativo en la población ocupada se observa descualificación en los puestos de trabajo.

Entre los años 1996 y 2001 disminuyó la proporción de los puestos profesionales y calificados y aumentó la proporción de los no calificados. Para tres tipos de tareas aumentó la sobre cualificación al aumentar el nivel educativo de los trabajadores. Del total de ocupados en tareas profesionales en 1996, el 70.2% eran graduados terciarios y 30.2% –o universitarios– 69.8%. En 2001 del 72.9% de graduados del tercer nivel en tareas profesionales el 35.2% corresponde a graduados terciarios y el 64.8% a universitarios. Además, del total de los graduados terciarios ocupados en 1996 los profesionales eran el 11.3% y los calificados el 83.9%. En tanto en 2001 los profesionales constituyen el 8.5% y los calificados el 83.9%. Los graduados universitarios que en 1996 constituían el 65.7% de los ocupados en tareas profesionales y 32.7% calificados. En 2001 los porcentajes son del 60.7% y 37.6%, lo que argumenta sobre la incidencia del efecto fila.

Tabla 7. Desocupación en relación con el Nivel educativo

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Tasa de actividad promedio (ocupados y desocupados/población total para el nivel terciario universitario)	90.4					90.5
Tasa de desempleo de la población por nivel educativo desempleados / Población total Terciario o universitario completo	8.0	6.8	5.4	5.2		

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Mapa de la oferta de Educación Superior (ME 2003), CEP (1999) con base censos nacionales, INDEC-EPH.

La tasa de desocupación de los egresados del nivel terciario-universitario tiende a bajar en los años '96 a '99 y vuelve a subir en 2000-2001. El tiempo de desocupación-desempleo en meses es de 7.8 para este nivel en mayo de 1996 sobre un promedio de 6.9 para todos los niveles y la misma para 2001 sobre un promedio de 6.8. En los niveles de desocupados con terciario incompleto o secundario completo esta tasa también desciende hasta alcanzar aproximadamente el promedio. Esto muestra una situación de cierto privilegio en el nivel terciario-universitario con tasas de desocupación menores a la de la PEA en conjunto. Simultáneamente en el año 1999 el crecimiento de la tasa de desocupación es mayor en el sector de más altos estudios que en el de menor nivel educativo: 3,3%-2,5%. La tasa de desocupación de la PEA es marcadamente mayor que la tasa de desocupación de los graduados en educación superior: 1996: 17,1% de la PEA y 7,7% y 16,4%-6,9 para 2001.

MODALIDADES DE CONTRATACIÓN Y FLEXIBILIZACIÓN LABORAL

Las características que asume el empleo en salud, tal como fue descrito, no sólo muestra variaciones producidas en la cantidad de ocupados sino cómo se ha transformado la propia estructura del personal y las condiciones de trabajo y de contratación. Se han cambiado las especialidades de las profesiones médicas, el desarrollo de las áreas de promoción y ventas en las obras sociales y prepagas, entre otros.

Las *modalidades de inserción laboral* en este sector han sido históricamente el trabajo en relación de dependencia o el desempeño autónomo por cuenta propia. La relación de dependencia supone una designación formal en un puesto de trabajo o cargo, estable bajo el principio de tiempo indeterminado y beneficios de la seguridad social. En la relación autónoma no existe una subordinación jurídica a ningún empleador. Podía ser una autonomía absoluta o relativa. La primera, absoluto, más habitual entre los profesionales, es aquella en que el profesional fija las condiciones de la prestación y el tipo y monto de la retribución, pagando el paciente directamente sus honorarios. El caso

de autonomía relativa es el de los profesionales que atienden a beneficiarios de obras sociales o de la medicina prepaga, que perciben honorarios de la institución de acuerdo con lo estipulado en las disposiciones de la autoridad de reglamentación o por vía de las instituciones médico-gremiales. Luego del proceso de reforma y flexibilización laboral, al igual que en todos los sectores productivos, cambiaron las regulaciones para la contratación, aumentando las situaciones de *precariedad laboral*¹⁹ En el subsector público las provincias y los municipios han quedado a cargo de la conducción descentralizando, concentrando o tercerizando los sistemas. En el caso de la medicina privada, también han cambiado los patrones de contratación, aumentando la tercerización y la incorporación de nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento, con ingreso de capitales extranjeros y concentración de capital. Resulta interesante la presencia de organizaciones sin fines de lucro, que se han ubicado como importantes prestadores del sector privado. En los hechos son empresas privadas pero funcionan bajo dicho status jurídico, con exenciones impositivas.

Los datos analizados ponen en evidencia cómo el empleo en salud fue la variable de ajuste del proceso de reconversión sectorial, situación que se repite en la mayoría de los sectores productivos. La ausencia de evaluaciones sobre los efectos potenciales, y luego reales, de la reforma sectorial sobre los trabajadores es una evidencia al respecto. (Pautassi, R., 2003).

Al estimar la posible inserción laboral de los posgraduados en el sector, se observa que la recaudación de las obras sociales nacionales entre 1992 y 1996, ha sido decreciente en tanto el desempleo actúa reduciendo los aportes de los afiliados: en 1993, 3 400 millones de pesos, en 1994, 2 809 millones, 2 878 en 1995 y 2 932 millones en 1996.

¹⁹ Por ejemplo los Hospitales de Autogestión completan el salario con estímulos a la productividad, eficiencia y calidad y buscan el pago por actividad, mientras que el personal administrativo y de servicios generales es pagado por salario fijo.

Se reducen así las posibilidades de financiamiento para la contratación de profesionales que podría contribuir a becas o acciones de capacitación de los recursos humanos. (Fuente: Secretaría de Programación Económica, Secretaría de Hacienda).

En cuanto a la capacidad de contratación por parte del sector público, la creciente necesidad de ajustar las finanzas públicas afecta el papel del Estado Nacional, Provincial o Municipal como demandante de recursos humanos, no obstante la creciente demanda de atención canalizada hacia los hospitales públicos, resultado del crecimiento de la población que se ha quedado sin cobertura de salud por falta de empleo o por la imposibilidad de pagar un seguro privado Tafani, (1997).

Señala Tafani que la demanda de salud tiene elasticidad ingreso positiva, es decir, a medida que aumentan los recursos disponibles de las personas, las mismas están dispuestas a gastar en salud en una forma más que proporcional al acrecentamiento de los ingresos. En consecuencia, cabría esperar que ante una eventual recuperación económica futura, aumentase el gasto de las familias en salud, favoreciendo las oportunidades de ganancia del sector privado y prepagas y de obras sociales, y un incremento de la demanda de trabajo en el sector. Esta demanda incrementada de profesionales, dadas las características del demandante de atención, un consumidor con recursos propios, influenciado por el marketing de salud, se inclinaría por los especialistas para tratamientos individualizados y no por la definición de políticas de prevención o atención primaria.

En el marco de la crisis económica actual no es esperable un incremento de la demanda de profesionales y técnicos en salud, aunque el desempleo creciente y la flexibilización laboral de amplios sectores de la población han generado una tendencia al crecimiento de la demanda de atención en el sector público, que podrían conducir a una mayor demanda de personal (Tafani, R ,1997).

Sin embargo es el subsector privado el que concentra la demanda solvente, ya sea por capacidad de pago directo o por poseer alguna forma de seguro médico, obra social o sistema pre-pago. La oferta de atención médica presenta dos modalidades: el consultorio individual o las empresas sanatorias. En este subsector la práctica médica predominante se caracteriza por ser curativa no preventiva o con programas de APS, especializada, intensiva en cuanto a tecnología. (Belmartino y otros, ob. cit.).

En tanto que la actividad del subsector privado está orientada al *cliente* el subsector público atiende las necesidades de salud de la población no cubierta o que busca determinados perfiles de atención de excelencia aun considerando los escasos recursos en relación con las necesidades sociales a satisfacer. No obstante lo cual, el subsector público continúa siendo un ámbito privilegiado de formación de posgrado, altamente valorado por la comunidad médica, en tanto sede de las residencias y las concurrencias médicas. Por su prestigio en tanto instituciones de capacitación, los hospitales cuentan con el trabajo que realizan los médicos residentes y concurrentes que atenúa las bajas oportunidades de incorporar nuevo personal a la atención. Como ya se ha mencionado en inicio se supone que un aumento de la demanda de la fuerza de trabajo, que presupone una relación positiva en el costo de oportunidad de cursar estudios de posgrado para mejorar la tasas particulares de rentabilidad o de eficiencia de la formación o de interés en la acción sobre el sector, desde la intervención o definición de políticas, indicaría una mayor demanda hacia estas carreras.

Sintetizando las características centrales de los subsectores privado y público en relación con la demanda de recursos humanos, afirma Belmartino:

En los dos subsectores considerados, ni el aumento de las necesidades de salud de la población ni el incremento de la demanda solvente significan una ampliación correlativa en la posibilidad de inserción en el mercado del recurso humano disponible. En el subsector

privado por la creciente concentración del ingreso que beneficia a las especialidades y la capacidad instalada sanatorial, en el público por la contracción de los recursos del Estado o de políticas de disminución del gasto destinadas a paliar el déficit fiscal (Belmartino y otros, 1990).

LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA COMO ÁMBITO LABORAL Y LAS REFORMAS DEL ESTADO

Durante los años '60 y '70 el sector de la Administración Pública Nacional (APN) fue el sitio de inserción laboral predominante para los profesionales dedicados a las políticas y acciones de Salud Pública. La reestructuración de la APN de los '80 y '90 mediante descentralización, privatizaciones o introducción de mecanismos de mercado, se analiza en esta tesis por sus consecuencias centrales:

- la transferencia de organismos y funciones a las administraciones provinciales y municipales, que si bien no reducen lo estatal como institución, cambian su composición, la distribución del gasto y la inserción laboral²⁰;
- la reducción de plantas y personal en el Estado nacional que incluso ha eliminado organismos por reestructuración;
- los cambios en las condiciones del vínculo laboral, acordes con criterios de flexibilización, mercantilistas y privatistas que no discrimina lo específico del espacio público respondiendo en general a la concepción del nuevo management.

Desde mediados de los '80 y especialmente a partir de 1995 los contratos por tiempo determinado comenzaron a crecer y sustituyeron en forma parcial a los cargos permanentes lo que configura una situación con:

- alta heterogeneidad en las formas de contratación especialmente en forma de contratos no vinculantes con la relación de dependencia presente o a futuro;
- modificación de escalafones y vigencia simultánea de diferentes sistemas de

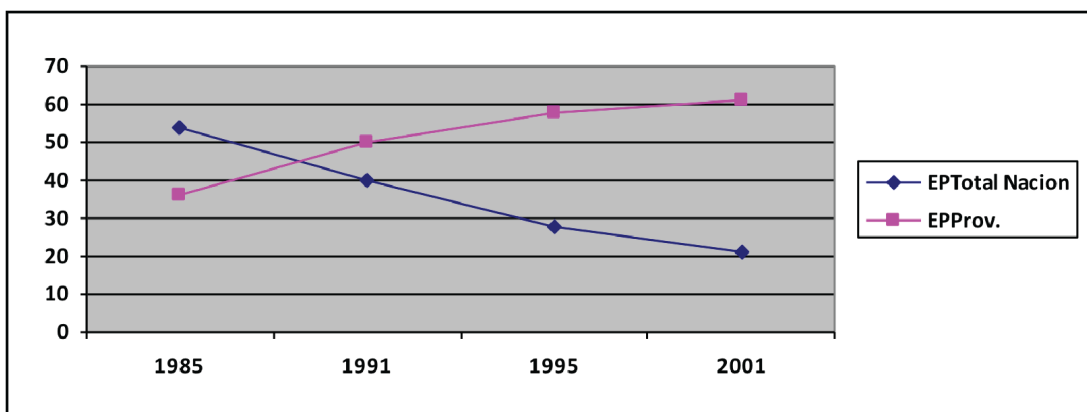
²⁰ Como consecuencia de los efectos combinados de la descentralización y el ajuste, se generó una nueva división del trabajo en el sector público caracterizada por mantener en el ámbito nacional la gestión de fondos y el manejo financiero, particularmente dominados por el gasto previsional y la deuda pública que llegaron a ocupar casi el 60% del gasto nacional. Se estructuró un patrón de distribución de funciones y de la decisión sobre el Gasto Público que otorgó dos tercios del manejo a la Nación. Cao, H. Introducción a la Administración Pública. Editorial Biblos, Buenos Aires, 2007

carrera que sustentan diferencias salariales en los mismos puestos de trabajo, especialmente entre funcionarios y plantas permanente;

- adicionales discrecionales y no retributivos, contratos de locación de servicios y participación, no aceptada por la normativa, en proyectos financiados por los organismos multilaterales de crédito como compensación salarial.
- exigencia de períodos de prueba, disponibilidad y polivalencia funcional, mantenimiento en plantas transitorias, límites a las indemnizaciones y flexibilización laboral establecida en la Ley marco de regulación del Empleo Público Nacional y la Ley de negociaciones colectivas de trabajo para trabajadores del Estado que incluyen la evaluación de desempeño (López, A. 2004).

Entre 1980 y 2000 los agentes en la planta del Estado Nacional disminuyeron el 48%, de 910 000 a 436 693.

Gráfico 7. Evolución del empleo público por jurisdicción: Nación/ Provincias



Fuente: INDEC. Dirección Nacional de Coordinación Fiscal. Incluido parcialmente en Cao, H. 2007.

Hacia el año 1987 se suprimieron las vacantes no cubiertas a diciembre de 1986, incluyendo los cargos de médicos y directores o funcionarios de los hospitales y centros de salud.

A partir de 1989 la reforma es más profunda, debido a la alta inflación, la influencia económica y política hacia la reducción del gasto público de los organismos internacionales de crédito y de los técnicos y consultoras que tuvieron a cargo el rediseño del Estado. La conducción de estas reformas por decreto se dispuso como responsabilidad del Ministerio de Economía que contrató tres consultoras internacionales para realizar el diseño del programa con un préstamo del Banco Mundial.

La Ley de Reforma del Estado y su programa de privatizaciones de empresas públicas- y la ley de Emergencia Económica, que prohibía la contratación o designación de personal, otorgó facultades al Poder Ejecutivo Nacional (PEN) para dar de baja personal sin concurso de la APN y de las categorías superiores del escalafón administrativo. El programa de Reforma Administrativa –Decreto PEN 435/90, 612/90, 1757/90 y 2476/90, dispuso jubilaciones de oficio y anticipadas, retiros voluntarios, reducción de las plantas transitorias (personal contratado sin estabilidad), congelamiento de vacantes, disolución y reestructuración de organismos y unidades organizativas, racionalización de las estructuras, privatización de servicios de mantenimiento, liquidación de haberes y limpieza, transferencia de empleados a las provincias y municipios

Entre 1989 y 1996 los recursos humanos a cargo del estado se redujeron en un 57% como producto de las privatizaciones, del cierre de diversos organismos y de la descentralización de servicios. El costo total de las indemnizaciones de casi 300 millones de dólares fue financiado con créditos internacionales del Banco Mundial y del B.I.D. La

convocatoria a retiro voluntario alcanzó solamente al 10% del personal, que en muchos casos volvieron a ser contratado por el Estado, sin ubicación en cargos permanentes y financiados por los créditos internacionales. En la segunda mitad de la década del '90 se perdieron otros 50 000 cargos.²¹

En 1995 por el desequilibrio fiscal y el efecto Tequila de 1996 se retomó el ajuste en la APN con la Segunda reforma del Estado. Mediante la constitución del Fondo de Reversión Laboral, el sector público suprimió más de 8 000 cargos de las plantas de personal.

En 1999 las transferencias de organismos y funciones a las provincias (290 000 cargos), la autonomización de la Ciudad de Buenos Aires (transferencia de 100 000 cargos de empleo público desde Nación), y la pérdida de cargos por la privatización de empresas públicas (240 000) habían reducido el número de agentes empleados en el Estado Nacional a el empleo público nacional a la cuarta parte de la planta del año 1983.

La creación de la Secretaria de Modernización del Estado continuó con las políticas de ajuste reduciendo los salarios en un 13% y cerró organismos, entre ellos el Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) encargado de la capacitación y la investigación en el sector público.

En cuanto a la composición del empleo y la relación contractual es de notar que desde los organismos internacionales se impulsó una política derivada del Consenso de

²¹ En 1983 el sector de empresas públicas y bancos oficiales representaba el 36% del empleo a nivel nacional. En el año 2000 era el 7%. El modelo, entre 1989 y 1995 había resuelto la eliminación de más 500.000 puestos de trabajo de la APN.

Washington que proponía la ampliación de la capacidad institucional y la eficacia de la acción estatal para el funcionamiento correcto de los mercados. En función de ese discurso el BM, FMI y el BID incluyeron en sus formularios, términos de referencia y convocatorias de programas y subsidios términos como *expertos, consultores, gestión por resultados, gerencia de contratos o satisfacción del cliente*. El manejo de esos términos, con los que se redactaban y debían formularse los programas de Reforma del Estado en una condición agregada para recibir créditos de los organismos financieros internacionales, se constituyó en un conocimiento valioso, corporativo y propio de los denominados a los que no fueron ajenos los docentes y contenidos de los programas de posgrado.

Entre otras cuestiones las políticas de reforma y de ajuste del empleo público han impactado directamente en el funcionamiento del mercado de trabajo nacional ya que la reducción de los planteles del estado se constituyó en los últimos treinta años en un factor de presión negativo sobre la cantidad y calidad de los empleo.

El empleo público se reduce en relación a la PEA y al crecimiento vegetativo, así como las reducciones salariales ajustaron tanto las remuneraciones del sector público como indirectamente del privado.

Como el Estado ha reducido sus funciones en servicios públicos, salud, educación, medioambiente estos son, cuando se atienden, atendidos por las ONGs y fundamentalmente por empresas privadas. El retiro del Estado

...redundó así en el acotamiento de los márgenes de lo público en beneficio de la esfera privada, haciendo uso del discurso modernizador para encubrir el propósito expropiador

encarnado en las políticas públicas hegemónicas de estas últimas décadas (López, A. 2004).

LA BUROCRACIA ESTATAL

La conformación de un cuadro estable de funcionarios para desempeñar tareas especializadas en el aparato estatal es característica de la época moderna (Weber, M., 1918). Pero los saberes necesarios para desempeñar las funciones específicas se han ido modificando así como la relación entre administración y práctica política en las tareas asignadas a los burócratas como técnicos. Hoy en día la ideología tecnocrática legitima la desvinculación de la política con la supuesta neutralidad de la técnica.

La participación de los *técnicos* en el aparato estatal ha sido habitual desde los años 30 y fue aumentando con la introducción, en los años '40 y '50, de la planificación económica social, especialmente en sector salud, en lo que Mario Testa denomina la *tecnoburocracia sanitaria*. Estas políticas mundiales de desarrollo de formación de recursos humanos en salud, alentada por los organismos internacionales, y por el desarrollo de la comunidad o campo académico del sanitarismo, fueron abandonadas en los '90 en favor de la concepción de *expertos independientes de las políticas*.

Tal vez no se ha reparado lo suficiente en las implicancias que esta “privatización” de las capacidades técnicas ocasiona al Estado para constituirse en la representación más aproximada del interés general (Iazzetta, O., El saber técnico en la gestión económica estatal, 2001).

Ese *saber técnico* que caracteriza al conocimiento para el ejercicio de la función estatal es tratado por este autor como el correspondiente a una *tecnoburocracia permanente*.²²

22 La tecnoburocracia está constituida por Tecnoburócratas o especialistas que integran el cuerpo administrativo permanente del estado o de organismos multilaterales, tecnócratas quienes ocasional-

La formación de una burocracia estatal permanente no es objetivo del Estado por reformas como no parece que la inserción laboral permanente en esa burocracia sea, por no deseada o por considerarla imposible, la pretensión u objetivo de los cursantes de las carreras en estudio. O de quienes definen los curriculum. La formación de técnicos para el Estado y para las organizaciones vinculadas a las políticas públicas en este período estableció como conveniente la figura del *experto* o del *consultor*.²³

Describe Emilio Tenti Fanfani (1994) el paso del intelectual orgánico al analista distinguiendo *entre intelectuales tecnocráticos*, e intelectuales críticos. Juan Carlos Portantiero, en su artículo *Muchos asesores, pocos pensadores* (Clarín, 11-11-1993), enuncia las características de los nuevos profesionales y la de los docentes a cargo de la formación, al denunciar la feudalización del Estado por parte de grupos privados, que asumen la gestión estatal otorgando legalidad científica.

Las políticas estatales no piensan la formación de recursos humanos para la formulación de planes y políticas de salud, para la dirección y administración de hospitales e instituciones de salud, para la burocracia legítima y necesaria de los ministerios, sino en la capacitación individual de quienes logren acceder a estos programas. No se los sostiene ni financia desde el Estado ni los servicios de salud, por ejemplo proponiendo la inserción profesional de sus graduados o a la selección de profesionales en actividad

mente ocupan cargos en el estado relacionados con actividades de asesoramiento, consultoría y gestión. La Tecnoburocracia estatal permanente está compuesta por el personal entrenado por el Estado para ejercer funciones permanentes y orgánicas dentro de su aparato. En el caso de los sanitaristas la Escuela de salud Pública y otras universidades posteriormente articularon la formación entre la universidad y el ministerio de salud formando profesionales con competencias específicas pero elegidos y destinados a funciones en las jurisdicciones nacionales y provinciales de los ministerios de salud. La Tecnoburocracia de organismos multilaterales está conformada por las consultorías, en especial a consecuencia de la Reforma del Estado, que proviene de organismos multilaterales que asisten al gobierno en aspectos técnicos específicos, en el caso de los sanitaristas no sólo el BID, el FMI sino también la fundación Kelloggs, Unesco, ONU, Unicef y OPS/WHO.

23 Asia Cristina Laurell reflexiona en Los Proyectos de Salud en América Latina, pág. 18, sobre (...) la ética deteriorada del servicio público.

para las becas. No se interviene en su diseño con lo que la formación no contribuye a la formación de una tecnoburocracia permanente.

Se ha mencionado también y argumenta en el mismo sentido que los organismos multilaterales influyen a través de sus documentos y créditos en la adopción de políticas por proyectos, destinados a poblaciones focalizadas.

En el sentido estricto de incorporación al aparato estatal los expertos contratados para formularlos no son parte de la tecnoburocracia permanente. Sin embargo, si nos atenemos al desempeño de las funciones estatales, son ellos los encargados de la realización y planificación de acciones, programas y planes para el Estado.

Se diferenciará entonces en la Segunda aproximación, para una mejor comprensión del rol de los expertos en el Estado o la reforma del estado actual, y el papel que tienen en la formación y el campo laboral de los sanitaristas, cuáles son las carreras que explicitan la formación para la función crítica o para las políticas públicas.

Así, argumentando sobre las hipótesis de esta tesis se afirma que la descentralización de las políticas y acciones de salud, el desplazamiento de la formación desde los ámbitos profesionales a los ámbitos exclusivamente académicos modificó la búsqueda de inserción hacia la provisoriedad en la relación con el Estado. El vínculo laboral de contrato y el financiamiento internacional para consultorías y asesorías se asumía de mayor cercanía alrededor de lo privado, lo particularizado y lo internacional.

LA UNIVERSIDAD COMO ÁMBITO LABORAL. INSERCIÓN DOCENTE EN LOS POSGRADOS Y
MERCADO DE TRABAJO ACADÉMICO

Para profundizar la descripción de las posibilidades de inserción laboral de los profesionales de Salud Pública, que ya han visto disminuido su ingreso y oportunidades de trabajo por la crisis de las profesiones liberales y el desempleo creciente, se incluye el análisis del ámbito académico como ámbito laboral. En él desempeñan funciones de docencia –y a veces también de gestión o asistencia– los profesionales de la salud u otras disciplinas, egresados o formados en los programas universitarios en análisis. Se entiende entonces al ámbito académico como uno de los componentes del mercado de trabajo, diferenciado del propio del sector salud pero bajo las mismas condiciones de transformación de las últimas décadas.

Claudio Suasnábar (1995) reelabora, a propósito de las transformaciones y crecimiento de la docencia universitaria como campo laboral exclusivo, la noción de *mercado académico*:

A partir de las modificaciones operadas en la articulación universidad, Estado, sociedad... se ha generado un mercado académico, esto es que amplios sectores de la población con alta calificación depositan en la docencia universitaria y en la Educación Superior en general, todas sus expectativas laborales.

En cuanto a la profesionalización académica se afirma que está débilmente constituida ya que una gran proporción de docentes universitarios suman numerosos cargos de baja dedicación. Solo el 13% tienen dedicación completa o exclusiva (Fanelli y Kent. 2002):

(...) en su profesionalización vía acumulación de cargos en distintas unidades académicas o en diferentes instituciones, hacen del trabajo en la universidad su principal inserción la-

boral...que produciría una nueva forma de fragmentación del cuerpo docente, entre los que hacen investigación o se dedican a tiempo completo a una institución y los que se dedican solamente a la enseñanza y en varios cargos o instituciones diferentes simultáneamente.

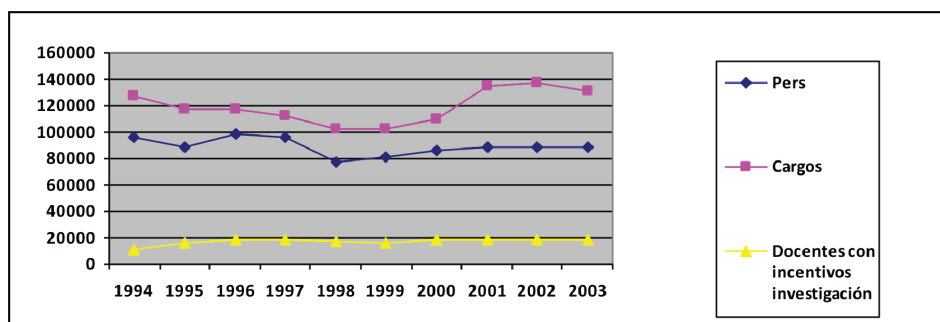
Pero el mercado académico ha modificado su tamaño y funcionamiento en estos años a consecuencia de las políticas descritas en el inicio del capítulo. A la creación de siete universidades nacionales y cuatro institutos universitarios en el período, se agrega la creación de treinta y dos universidades o institutos privados, algunos específicamente para el dictado de posgrados, o escuelas o direcciones de posgrado de universidades ya existentes. El número total de instituciones universitarias al año 2000 era 91, 41 en el ámbito estatal y 50 en el privado.

La Ley de Educación Superior y la asunción de los lineamientos por ella prescritos determinaron, (como se mencionó en el Capítulo 4.) un muy significativo aumento del número de carreras de posgrado. Ese aumento trajo consigo el requerimiento de docentes que propusieran y dictaran los contenidos de las carreras y la oportunidad para éstos de desempeñarse en los ámbitos académicos como ámbito laboral, en muchas ocasiones en situación de reducción de salarios o desempleo en sus tareas y cargo habituales y bajo condiciones de absoluta precarización laboral, siendo que las tareas docentes en los posgrados suelen mayoritariamente ser contratadas con pagos por facturación y no por designación institucional. La fragmentación del dictado de los contenidos de las carreras, sobre la que se profundizará en la Tercera aproximación, permitió la contratación de estos docentes en varios posgrados simultáneamente.

Esta ampliación de oportunidades de empleo en la docencia universitaria se ha resuelto respondiendo a las características de la institución en la que se dicta el posgrado:

- en las grandes universidades nacionales o tradicionales privadas, con facultades de Ciencias de la Salud, se ha designado como Director de los nuevos posgrados a los profesores titulares de Cátedra vinculadas a la formación ofrecida, que aportan sus equipos docentes concursados para el desarrollo de los temas;
- en instituciones privadas de antigua creación designando o contratando a profesionales reconocidos del campo de la salud con trayectoria o actividad en organismos gubernamentales y/o internacionales del área y completando los equipos docentes con docentes de la institución o externos, contratados para dictar uno o más seminarios;
- en instituciones privadas o nacionales de reciente creación, donde el cuerpo docente no está concursado o no existían o no existen cátedras directamente vinculadas con el posgrado,²⁴ los posgrados han contratado a los profesionales directores o docentes reconocidos de otros posgrados que se desempeñan en universidades nacionales o privadas antiguas. En búsqueda de su legitimación y respondiendo a los requerimientos de compromisos personales o de un probable interés de los alumnos, los incorporan al dictado.

Gráfico 8. Cargos docentes, personas en cargos docentes y docentes con incentivos en universidades nacionales



Fuente de datos docentes: SPU - DNCIEPP - Coordinación de Áreas Relativas al Financiamiento Información Universitaria

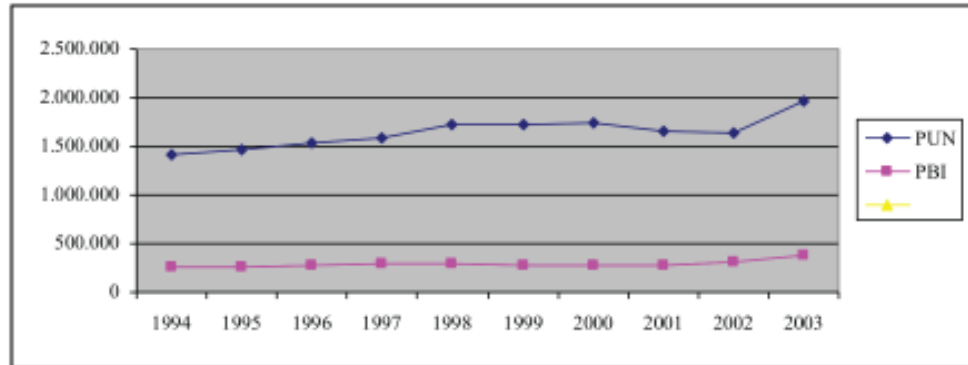
²⁴ Estas instituciones son las que dictan los posgrados del área de administración o gestión, no los denominados en Salud Pública.

Para estimar la fuerza de trabajo docente se incluyen los datos del número de cargos docentes que informan las universidades nacionales en el período y el número de personas que los ocupan en este período ya que estos datos son representativos del total de las universidades, 87,9%.

Si bien en los últimos años del período en estudio han aumentado los cargos, especialmente para cubrir, como se ha dicho, la planta de las nuevas universidades, ese aumento de cargos se centra en las dedicaciones simples, es decir en la dedicación directa a la docencia. Las personas que los cubren no aumentan en proporción por lo que es posible deducir una concentración de personas ubicando más de un cargo en diferentes universidades o facultades.

Los docentes con incentivos de investigación son aquellos docentes que a través de convocatorias a participar en proyectos de investigación y su aprobación, reciben del Presupuesto Nacional una suma agregada a sus retribuciones. Estos pagos no remunerativos son parte de las políticas neoliberales hacia la docencia y los empleados estatales que, como se dijo, mantuvieron congeladas las remuneraciones, e incluso las disminuyeron en números absolutos.

Gráfico 9. PBI y Presupuesto Universidades Nacionales (PUN)



Fuente de datos presupuestarios: SPU - Dirección Nacional de Economía e Información Universitaria - Coordinación General Económico-Financiera. Anuario de Estadísticas Universitarias. SPU. Transferencias efectivizadas por el Programa 26: Desarrollo de la Educación Superior del Ministerio de Educación, correspondientes a las Fuentes de Financiamiento 11: Tesoro Nacional y 22: Crédito Externo. Cifras en millones de pesos corrientes.

En tanto que los graduados universitarios constituyen en los países desarrollados un 20 a 25% de la fuerza de trabajo, en Argentina ese índice alcanza el 4%.

Marcelo Yangosian, autor de la investigación *La demanda laboral de los universitarios en la ciudad de Buenos Aires* afirma que un tercio de la población residente en la Ciudad de Buenos Aires tiene estudios universitarios completos el 45% de la PEA.

En cambio su inserción laboral, aunque aumentó en números absolutos, bajó en los últimos 10 años en un contexto general de expulsión de trabajadores por el creciente nivel educativo de la población y la sobreoferta de mano de obra calificada.

La evolución del periodo 1993-2002 da cuenta de un incremento del 52,2 % de los puestos de trabajo pertenecientes al segmento, producto de un continuo proceso de crecimiento que se tradujo en la incorporación de más de 144 000 profesionales en un contexto de contracción general del empleo, caracterizado por la pérdida de más de 120 000 puestos de trabajo en la ciudad.

Explica estas variaciones como un *proceso de movilidad descendente* en el que en contexto de exceso de oferta de mano de obra, los empleadores prefieren a los más instruidos.²⁵

El 63,2 % de los profesionales que desempeñaban su actividad laboral en la Ciudad de Buenos Aires²⁶ desarrollaba tareas de calificación científica. Esto significa que cerca de 4 de cada 10 de ellos están sobre educados para las tareas que desempeñan, o dicho de otra manera, se encuentran subutilizados.

La evolución de los últimos años refleja una tasa de crecimiento de los puestos de calificación científica menor a la de la incorporación de trabajadores con instrucción universitaria. En efecto, de los universitarios que se incorporaron a la actividad laboral en la ciudad de Buenos Aires, sólo el 46% logra insertarse en actividades de calificación

25 Por eso el crecimiento de la ocupación de los universitarios se ha mantenido en forma constante desde el año 1995 hasta el 2000, atravesando incluso las crisis externas del tequila y la asiática que impactaron negativamente en el total de puestos de trabajo de la ciudad. Recién a partir del 2000 se percibe un retroceso y estancamiento en la evolución de los puestos de los universitarios, en consonancia con lo sucedido con el total de puestos. Ello se demuestra en el incremento no solo de la desocupación de este segmento, sino también en el importante crecimiento de la sub utilización por calificación y la fuerte caída de las horas trabajadas y el ingreso.

26 No se ha mencionado hasta aquí la distribución regional de los posgrados. En el caso de las Escuelas de Salud Pública donde se dictaban las Diplomaturas hasta 1991, este dato no era relevante porque las becas eran otorgadas por el gobierno nacional o los gobiernos provinciales a sus funcionarios, con licencia para el cursado en la Capital del país, sede de dos posgrados, o en las capitales de las provincias de Córdoba y Santa Fe. Al modificarse esta situación desde 1990 en adelante, y con el cursado de maestrías pagas por las personas, el traslado resulta oneroso, por lo que los cursantes son en su gran mayoría residentes en la ciudad o provincia de Buenos Aires, donde se dictan el 80% de las carreras, y su inserción laboral corresponde a las características señaladas por el autor.

científica. Ello determinó que el número de universitarios ocupados en puestos de calificación técnica prácticamente se duplicara, mientras que los ocupados en puestos de baja o nula calificación crecieron un 56,8% y los de calificación científica crecieron sólo un 33,3%. (Yangosian, M. 2001), aspectos señalados en general en lo expuesto en el ítem de formación de ocupados y desocupados del sector.

HALLAZGOS ARGUMENTALES Y DISCUSIONES

Sobre el objeto de estudio de esta tesis esta primera aproximación discute con algunos aspectos o miradas que se consideran a continuación.

No se tratan directamente en esta tesis las implicancias de las transformaciones descritas en relación con el impacto para la asistencia aunque se deriva de sus consideraciones que la individuación, flexibilidad y precariedad laboral, la adopción de reglas del mercado y la reducción consecuente de número de puestos de trabajo, causante de desempleo y pluriempleo, así como el deterioro de las condiciones de trabajo en general y la reducción de la cobertura, afectan directamente la calidad de los servicios. Este aspecto queda obviamente incluido en las consideraciones acerca de lo que hemos denominado privatización/particularización del espacio de lo público.

Sí han sido planteadas las transformaciones en el mundo del trabajo de los profesionales de la salud. Descentralización, privatización, reducción de los puestos de trabajo, flexibilización laboral de las formas de contratación y del empleo público, multiempleo, sobrecualificación, aparición de otros ámbitos laborales como ONG's y organismos internacionales, y la creciente importancia del ámbito académico de los mismos posgrados como campo laboral.

Se ha reducido la demanda de sanitarios en el empleo público para los subsectores del sector salud en lo que ha descendido la capacidad de contratación. La *tecnoburocracia* del Estado no incorpora agentes a puestos permanentes sino que contrata a consultores para acciones específicas, aún de alta importancia como las Reformas del Estado, y las decisiones sobre planes y programas de pretendido alcance universal.

El costo de oportunidad para los individuos lleva a la elección de cursar posgrados en temas de gestión y gerencia más vinculados con los ámbitos laborales configurados por las políticas neoliberales. Estas demandas individuales a la formación orientan la oferta de posgrado hacia la formación de administradores, gestores y gerentes. La aparición de la figura del experto y consultor, propuesta y requerida por los créditos internacionales que han generado nuevas oportunidades de empleo en y para el Estado, lleva a los profesionales afectados a buscar vínculos entre los que administran estos créditos. El crecimiento del número de universidades y especialmente de las carreras de posgrado resulta en nuevas posibilidades laborales que han conformado un mercado académico fragmentado y poco profesionalizado.

El análisis de las dimensiones gubernamental-institucional y curricular profundizará sobre esta caracterización.

CAPÍTULO 6

Segunda aproximación analítica al objeto de estudio.

La Dimensión gubernamental-institucional como determinante del currículum y la formación

La segunda aproximación analítica al objeto de estudio: describe y analiza las transformaciones de las políticas gubernamentales-institucionales en el contexto de las políticas de los '80 y '90 considerando su impacto en ministerios e instituciones formadoras del campo educativo; refiere la historia y las tradiciones de la formación de posgrado para la salud pública analizando el contexto institucional de dependencia de estos posgrados, subrayando su progresiva desvinculación del campo sanitario, tanto en sus orientaciones como en el impacto probable en la salud de las poblaciones; describe las carreras a través de los indicadores definidos en el Capítulo 2 y argumenta sobre las preguntas e hipótesis desde esta dimensión.

LAS INSTITUCIONES Y LAS POLÍTICAS GUBERNAMENTALES EN SALUD PÚBLICA

En Argentina, las políticas de Estado en salud toman inicialmente, desde 1779, la forma de la beneficencia en los programas hacia niños expósitos. En su primera presidencia Bernardino Rivadavia adopta el modelo europeo de Sociedad de Beneficencia en manos de la aristocracia, separando estas políticas del ámbito de lo religioso.

En los años '80 del siglo XIX crecen las acciones desde lo estatal incorporando instituciones que atienden a mendigos por la despoblación rural. También es notoria en esta época de desarrollo de la inmigración, la relación entre la medicina estatal y el cuidado o vigilancia de la fuerza de trabajo en tanto se modifican las relaciones de producción capitalista.

Desde principios del siglo XX, por encargo del Departamento Nacional de Higiene, se publican los anales con informes sobre el trabajo industrial y aspectos económicos e higiénicos de interés social. En 1903 el Departamento eleva un proyecto de Ley de defensa contra el paludismo que se traduce en campañas, instalación de laboratorios y estudios científicos. En 1912 el Departamento organiza cuatro secciones: higiene industrial, escolar, social e infantil. Entre 1910 y 1940 se realizan varios intentos para llevar la medicina estatal a la categoría de ministerio. El intendente y luego presidente Torcuato de Alvear propone, en 1923, crear un Ministerio de Higiene, Trabajo e Inmigración.

La derrota del presidente radical Hipólito Irigoyen impide el avance de una propuesta para crear la Dirección General de Salud Pública, Asistencia Social y Policía Sanitaria que hubieran modificado las categorías de Sanidad y Beneficencia que ya se habían abandonado en el ámbito internacional (García, J.C. 1991). Las sucesivas denominaciones que recibieron las unidades de Salud, Departamento Nacional de Higiene (1880), Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social (1944), Secretaría de Salud Pública (1946) y Ministerio de Salud Pública (1949), van dejando atrás la concepción

higienista acompañando el crecimiento del Estado en la atención médica de la población y reformulando la función estatal (Iriart,1994).

La hegemonía de la concepción desarrollista de la salud asociada al modelo de estado en los '60 y a organismos internacionales como la CEPAL, puede considerarse el origen de la profesión del *sanitarismo*. Sus características específicas, además del proceso de institucionalización que culmina con la creación de los posgrados de Diplomatura, son:

- la constitución como campo profesional estatal;
- la centralización normativa;
- la descentralización ejecutiva y la seguridad en salud.

En sus inicios, la década del '70 se caracterizó por la vinculación de la planificación en salud con los procesos de desarrollo económico y social. La crisis en el modo de acumulación que caracteriza el fin de la década del '70 y los años '80 orienta las políticas hacia la liberalización de la economía, otorgando al mercado, por lo menos en las expresiones públicas de los protagonistas de la política mundial, el papel de determinación última de los hechos sociales.

En este proceso de retiro paulatino del Estado por privatización (individualización y contratación, tercer sector), descentralización (cambios en la gestión, administración y planificación centralizada), mercantilización (adopción de los criterios de mercado y mecanismos competitivos para la obtención de recursos, subsidio a la demanda), el ciudadano con derechos se transforma en cliente con diferente acceso a los servicios, y en consumidor, por transformación de la salud y de la educación en mercancías. A sus demandas

y necesidades se responde con políticas compensatorias y focalizadas (Barahona, M. 1998). Los organismos internacionales abandonan la concepción de desarrollo y planificación por la de atención a la pobreza y la equidad, insistiendo sobre el uso eficiente de los recursos y proponiendo la autogestión en las políticas sociales (Coraggio, J.L. 1998).

LOS MINISTERIOS DE SALUD

Con las Reformas de Estado y el avance de las políticas neoliberales de los años '90, continuó el proceso de descentralización de efectores y establecimientos asistenciales en Argentina, transfiriéndose las responsabilidades del Ministerio de Salud a niveles inferiores de gobierno. La normativa derivaba la rectoría en salud a las provincias y conformó para su gobierno un Consejo Federal de Salud (COFESA, 1981) compuesto por los ministros de salud de cada una de las provincias. Esta descentralización continuó con la fragmentación de las políticas y acciones relativas al funcionamiento común, universal y de carácter público de la intervención en salud y a la desvinculación de éstas de la injerencia y decisiones del Estado Nacional.

Las implicancias del desempleo creciente, que se describió en el capítulo anterior, disminuyó la cobertura por desafiliación a las obras sociales y la descentralización profundizó ese proceso al aumentar la disparidad en los recursos destinados por las provincias al sector.

El financiamiento general y las cuotas de transferencia a las provincias se redujeron. Su asignación respondió a decisiones clientelares. Los organismos internacionales de crédito financiaron proyectos y programas bajo la lógica de las recomendaciones de los documentos que emitían.

A esta situación, y como resultado de las recomendaciones de esos organismos, se agrega la adopción de planes de salud y *programas focalizados* de salud desde los ministerios y secretarías, que restringieron su alcance a poblaciones determinadas: el retiro del Estado quedaba consagrado bajo la forma de nuevas formas políticas asociadas a los criterios de eficacia y eficiencia como medida de su calidad.

La insistencia de estos *proyectos y programas* en esa visión de la calidad como requisito para el otorgamiento de los créditos, condujeron a su adjudicación bajo obligación de planificar y evaluar las acciones desde la eficiencia. Muchos profesionales de la salud se propusieron para estas tareas como forma de paliar el creciente desempleo, y se inscribieron en carreras y maestrías en las cuales tenían acceso a los cargos públicos y los créditos internacionales por quienes las dirigían o colaboraban en su dictado.

En la Revista de la Escuela de Salud Pública de la UBA menciona su director que los cambios en las escuelas dependen del contexto caracterizado por la globalización, el libre comercio y su impacto negativo en la salud:

En cuanto a los roles del Estado, que los ministerios de salud exponen, se destaca el cambio general desde la producción a la gestión y el cambio específico desde prestador y regulador a coasegurador con el sector privado (Mazzáfero, V. 2000).

EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN. LA LEY DE EDUCACIÓN SUPERIOR Y LA CONEAU

Los cambios en las funciones de los Ministerios de Educación nacional y provinciales²⁷ iniciada en años anteriores y completada en estos años, resultó en la descentralización

²⁷ Por efecto de la transferencia a las provincias y la descentralización de funciones, el Ministerio de Educación se conocía como el *Ministerio sin escuelas*.

de establecimientos y tareas. La preeminencia de las universidades en las políticas vinculadas al crédito internacional llevó a la creación de la Secretaría de Políticas Universitarias en el Ministerio de Educación Nacional (SPU-ME) en 1993. Esta medida fue también alentada por la dependencia creciente de las universidades del financiamiento estatal y externo, en una relación que, dada la condición de autónomas que establece la legislación universitaria argentina, nunca fue sencilla.

En cada país de la región y del mundo se aprobaron leyes para la Educación Superior destinadas a influir sobre las universidades y a vigilar su calidad, legislando sobre un proceso de creciente demanda de Educación Superior y la consiguiente expansión de la matrícula.

Las políticas de calidad condujeron a la creación de organismos para la evaluación de los posgrados y universidades, como el Comité Nacional de Evaluación en Francia, el Comité de Ayudas a la Universidad en Gran Bretaña o la ANECA en España, que organizaron la evaluación de las instituciones y programas bajo distintas modalidades.

La reformulación en Europa siguió dos modelos, una estrategia que consiste en imponer mayor planificación y más estricto control gubernamental a fin de reducir la libertad de las instituciones y otra de autorregulación que implica conceder más autonomía y responsabilidad a las instituciones a fin de permitirles dar una mejor respuesta al mercado y a la competencia por los subsidios estatales. En Latinoamérica, dada la centralidad de los Estados nacionales en las políticas educativas, las primeras iniciativas en los cambios de legislación para la Educación Superior partieron de los gobiernos y datan de mediados de la década del '70. También contemplan la evaluación del sistema como Brasil y Colombia.

En Argentina, al discutirse la necesidad de regular la actividad de posgrado, se propuso en principio la creación del Sistema Interuniversitario de Cuarto Nivel (SICUN) invitando a las Universidades a la libre adhesión al mismo. Aunque este sistema no llegó a constituirse como tal las universidades comenzaron a reglamentar sus estudios de posgrado.

La evaluación institucional de la calidad de las carreras de posgrado se instala a comienzos de los años '90, con el Subproyecto 06: "Fortalecimiento de la gestión y coordinación universitaria" que fue financiado por el Programa Nacional de Asistencia Técnica para los servicios sociales (PRONATASS) con financiamiento del Banco Mundial (BIRF) y la cooperación técnica del Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD). En el marco de este Subproyecto se establece un programa de actividades que desde 1991 organiza encuentros, seminarios, congresos en los que se aborda el tema de la evaluación.

Con la creación de la Secretaría de Políticas Universitarias en el Ministerio de Educación se conforma la Comisión de Acreditación de Posgrados (CAP) compuesta por miembros de Consejo Interuniversitario Nacional, el Consejo de Rectores de Universidades Privadas y el Ministerio de Educación. Esta comisión realizó evaluaciones por comités de pares acreditando 176 maestrías y doctorados e inició el proceso que, por aprobación de la Ley de Educación Superior de 1995, se organiza a través de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria- CONEAU.²⁸⁻²⁹

28 El Decreto N° 173/96 reglamenta la integración de la CONEAU, su funcionamiento, el de las Comisiones Asesoras y los Comités de Pares y enumera las funciones que debe cumplir: evaluación, acreditación, dictámenes para la creación de universidades privadas, entre otras.

29 La Ley de Educación Superior en Argentina incluyó, considerando las particularidades de la educación médica y su tradición de especializaciones en el ámbito de los hospitales y centros asistenciales bajo la modalidad de residencia, un artículo específico por el cual se crea un registro público de instituciones formadoras no universitarias. Este artículo y su fundamentación o razón de ser buscaba unificar los posgrados de salud pública o políticas de salud que se dictaban en colegios profesionales, academias o asociaciones profesionales no universitarias. Esta distinción no concluyó con la tensión que perdura aun porque no permite la creación/titulación de los especialistas y magister si no es en

La CONEAU realizó la evaluación, acreditación y categorización de la totalidad de los posgrados existentes entre 1998 y 2001 bajo lo dispuesto por la Resolución ME 1168/97 que aprobaba los estándares y criterios propuestos por el Consejo de Universidades para dichos procesos.³⁰

acuerdo o convenio con alguna universidad. Por esto, en adelante, nos referiremos a las carreras de posgrado que dictan las universidades como el campo de formación, en forma excluyente, habiendo desaparecido la oferta de los colegios profesionales o habiéndose vinculado con las instituciones universitarias para su dictado y reconocimiento.

30 Los resultados de este proceso y de las convocatorias posteriores a evaluación pueden consultarse en la página web www.coneau.gob.ar.

LAS INSTITUCIONES FORMADORAS EN SALUD PÚBLICA. ESCUELAS, INSTITUTOS Y UNIVERSIDADES

En los años '30 había en América Latina dos Escuelas de Salud Pública, en México y San Pablo, Brasil, a las que se agrega la Escuela de Chile en la década del '40, creciendo el número a siete en los años '60.

La formación universitaria de posgrado registraba en Argentina antecedentes que seguían en forma paralela las modificaciones en la concepción de salud: en 1911 se había creado el Instituto Superior de Higiene y Medicina Social, en 1941 el Curso de Médico Higienista en la Universidad de Buenos Aires, en 1946 el Curso de Higiene y Medicina Regional en la Universidad Nacional de Tucumán y en 1949 el Curso de Medicina Higienista en la Universidad Nacional de La Plata.

La Primera Escuela de Salubridad del país, creada en 1946 en la Universidad del Litoral, dio título de especialista en Salud Pública a médicos, odontólogos y bioquímicos. En 1947 se transforma en Escuela Superior de Sanidad dependiente de la Facultad de Medicina de Rosario. Junto con la Escuela de Higiene de la Universidad de Tucumán siguen la tendencia norteamericana definiendo la Salud Pública dentro del área médica.

El desempeño de los profesionales en la administración sanitaria y hospitalaria, su posgraduación en Escuelas fuera del país y la formación en servicio del personal del Ministerio de Salud, evidenciaban la necesidad de una escuela de Salud Pública universitaria. Así, en 1958, se crea la Escuela de Salud Pública dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (ESPUBA). Expresa entre sus objetivos el de formar un cuerpo técnico diferenciado de la medicina asistencial-curativa, que asuma los aspectos sociales de la problemática salud-enfermedad. Sus egresados reciben el título de Diplomado en Salud Pública.

En 1959 se crea la Escuela Nacional de Salud Pública dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, que orienta la formación hacia la medicina preventiva, otorgando el título de Experto en Salud Pública.

Estas dos escuelas confluyen en la ESPUBA en 1962. Sus egresados reclaman que se exija el título para la inserción en los servicios de salud y en la administración central (Testa, M. 1994). La inserción laboral de los graduados y de los ingresantes sigue los lineamientos generales de las especialidades médicas en cuanto al título de grado y el desempeño profesional al que habilita, así como la formación en servicio. Más tarde la Escuela reconoce otros títulos universitarios no médicos como habilitantes al ingreso.

En 1995, el Consejo Superior de la Universidad de Buenos Aires, siguiendo la tendencia mundial, las recomendaciones internacionales y las de la Ley de Educación Superior, aprueba la creación de dos programas de Maestría, la Maestría en Salud Pública dependiente del Rectorado de la UBA y la Maestría en Administración de Sistemas y Servicios de Salud en la Escuela de Salud Pública, discontinuando los cursos de Diplomatura. En estos programas se elimina el requisito de desempeño en servicio tal como lo preveía la Diplomatura tradicional, se amplía la duración del cursado a 2 años y se incluye una tesis académica como requisito de titulación.

En la Publicación N° 33 OPS/OMS, el Dr. Abraam Sonis relata una breve historia de la Salud Pública, de su relación con la medicina y los servicios de atención médica, su conexión con la política, el papel del estado y la estructura cognoscitiva. Señala que la vinculación del contexto social y la historia de la relación entre docencia y actividad sanitaria muestra cuatro períodos:

- el primero orientado por dos modelos, el alemán de investigación y el inglés de capacitación de los médicos oficiales como responsables de los programas de SP, modelos de investigación y generación de conocimientos y aplicación para la solución de problemas, respectivamente.
- El segundo continúa con la creación de la Escuela de Higiene y Salud Pública Johns Hopkins University en 1918³¹ como síntesis de las dos concepciones señaladas.
- La expansión de este modelo y el prestigio de sus egresados característico de la tercera etapa contrasta.
- En la cuarta etapa, con el escepticismo sobre su utilidad.

Se adopta en el Informe una caracterización del modelo que deberían seguir las Escuelas de Salud Pública:

institución con adecuados recursos, que, en adición a la investigación en salud públicas y servicio a la comunidad, provee un curso full time con una duración de no menos de un año académico o su equivalente, cubriendo los temas esenciales para la comprensión de los diversos problemas de salud pública y los conceptos, organización y técnicas re-

31 A ésta le siguieron Harvard, Columbia, Yale y Michigan. La London School of Tropical Medicine de fines de siglo XIX creada para la capacitación de médicos en las colonias se transforma en 1922 en la London School of Hygiene of Tropical Medicine. En América Latina surgen en México en 1922 y en Brasil en 1924, en San Pablo que se transforma luego en la Facultad de Higiene y Salud Pública de la Universidad de San Pablo y en especial en 1944 la Escuela de Santiago de Chile. En Argentina se creó la Escuela de Santa Fe como Escuela de Higiene Pública y en 1911 el Instituto Superior de Higiene y Medicina Pública. En 1942 comienza a funcionar el curso de médicos higienistas de la Facultad de Medicina de Buenos Aires y en 1947 se crea la facultad de Higiene y Medicina Preventiva en la Universidad Nacional del Litoral que continúa hasta 1956 y luego como Escuela de Técnicos en Sanidad. En 1960 se crea la Escuela Nacional de Salud Pública del Ministerio de Salud de la Nación de la Argentina y la Escuela de la Universidad de Buenos Aires como la de Caracas, la de La Habana y la de Río de Janeiro.

queridos para hacerles frente y que está abierta a miembros de la profesión médica y otras profesiones asociadas en la búsqueda de calificaciones en salud pública (OMS. Recommended Requirements for Schools of Public Health. Tenth Report of the Expert Committee on Professional and Technical Education of Medical and Auxiliary Personnel. Serie de Informes Técnicos N°216, Ginebra, 1961).

En el mismo documento se señala:

La capacitación de profesionales calificados en medicina para trabajar en salud pública es, sin embargo, la principal función y el común denominador de las escuelas de salud pública. Para estas personas la salud pública debería ser mirada como una especialidad y los requerimientos para un especialista en salud pública deberían ser comparables con los que rigen para las áreas clínicas. La capacitación académica de un año es un componente indispensable para el reconocimiento como especialista, pero entrenamiento adicional y experiencia en salud pública resultan necesarias.

Estas dos citas proponen la adopción de una política de recursos humanos para el país y las necesidades de salud de la población, diferenciada claramente de la de capacitación individual de los profesionales. Una discusión central se da el área de contenidos y orientación de los temas de Administración.

La mayor complejidad de la atención de la salud y los costos crecientes hicieron de la Administración un aspecto a considerar³². La formación de administradores hospitalarios contribuyó a la discusión de estos temas aunque la consecuencia fue el aumento

32 Al analizar la carga horaria de los contenidos de las carreras, como ya se observó en el estudio de las transformaciones desde la administración a la NPG y en las denominaciones de las mismas, se encontrarán diferencias dentro del campo de las maestrías ya que algunas responden a la Administración como teoría de la Planificación y otras a la idea de Administración para la gestión.

del peso de los aspectos administrativos institucionales en los programas en desmedro de otros conocimientos...³³ así como la creciente importancia que adquirieron las técnicas cuantitativas y los aspectos técnicos/instrumentales.³⁴

La inclusión en la década de los '80 de la Atención Primaria y de la Ciencias Sociales y Políticas, planificación estratégica, participación, gestión como enfoque global, no alcanzaron a modificar la utilidad real de la capacitación del personal para la solución de los problemas de salud ya que:

en la práctica el sector salud se mueve en función del pensamiento médico predominante, de las decisiones políticas coyunturales, de las circunstancias económicas imperantes y de las corrientes ideológicas que caracterizan la década (Sonis 1993).

José Roberto Ferreira caracterizaba la crisis de la Salud Pública como: *La incapacidad de la mayoría de las sociedades de promover y proteger su salud en la medida que sus circunstancias históricas lo requieren*. Señala la relación de la SP con la medicina y la influencia dominante del paradigma John Hopkins pero rescata la especificidad de cada país y cada institución formadora en el marco de la crisis y el ajuste neoliberal. Especialmente queda en manos de las instituciones de formación superior la produc-

33 Un estudio realizado en 1977 por la Fundación Milbank reveló que los programas implementados por las escuelas de administración tenían muy poco contacto con el sistema de salud al igual que los programas dependientes de los departamentos de medicina preventiva de las escuelas de medicina sin contacto con la docencia de pre y posgrado de su misma escuela médica (Higher Education for Public Health. Report Of Milbank Memorial Fund Commission, New York, 1976) La misma situación revela el estudio de la Fundación Rockefeller que agrega investigaciones insignificantes, enseñanza teórica, personal insuficiente.

34 La incorporación de técnicas cuantitativas en los programas apunta fundamentalmente a la toma de decisiones, y la realidad nos demuestra que el sistema educativo tiene muy poco peso en la adopción de decisiones del sector salud, a pesar de todos los esfuerzos para concretar la integración docente-asistencia... aún cuando los profesionales egresados de las escuelas de salud pública dominaran el know-how y las estrategias de aplicación de éstas técnicas, las decisiones del sector seguirían y siguieron siendo adoptadas con otros criterios y motivaciones distintas de los que señalaba la racionalidad resultante de la aplicación de este arsenal conceptual y metodológico” (Sonis, A. 1993)

ción de conocimiento y el desarrollo científico investigando la realidad en la que deben actuar. Señala que la dualidad funcional de respuestas orientadas al nivel operativo -cursos en los servicios y asociaciones- con las dirigidas al nivel estratégico -universidades y academias- favorece el predominio de la cantidad sobre la calidad y define una oferta educativa contingente y de escaso impacto técnico-político.

Esta dualidad crea condiciones para la conformación de Departamentos de Medicina Preventiva y Social por un lado y por otro la promoción o inicio de cursos de posgrados, que contaban con recursos y con cuerpos de profesores permanentes más especializados que los de las escuelas de SP, con base más sólida en investigación y desarrollo de programas de maestrías y doctorados. En los años posteriores algunos programas se orientan a la formación en administración de salud, denominada en ocasiones administración de hospitales u hospitalaria.³⁵

En los años '70 surgen dos respuestas críticas, una basada en la Medicina Social como campo disciplinario, adoptando análisis que incluyen categorías alternativas como trabajo, proceso de trabajo, reproducción social y clases sociales, entre otras. (J. C. García). La segunda promovida por la Seguridad Social bajo el modelo de *residencia* denominada en *salud colectiva*, en Brasil.

Como síntesis dice Ferreira que pueden identificarse cuatro estadios o fases, uno con énfasis predominantemente sanitario, el segundo avanzando hacia la prevención, luego el que prioriza la administración de servicios de salud y por último el que incorpora las Ciencias Sociales.

35 En gran medida esta corriente se reforzó en los años más recientes debido a la preocupación, bastante generalizada en el sector salud, de promover la mejoría de su capacidad gerencial, aunque con carácter esencialmente eficientista, manejando salud y enfermedad como administración de negocios, al margen de la inteligencia del proceso que debería estar representada por la base epidemiológica. (Ferreira, J.R. 1993)

Sin embargo considerando aisladamente... cada uno de los programas mantuvo a través de los años la tendencia u orientación con que fue iniciado... rasgo indicativo de rigidez programática y reflejo de la poca articulación con la realidad social y con las políticas y prácticas de salud. El impacto de la crisis de las políticas neoliberal se hace sentir en las propias escuelas, que tienen severas restricciones presupuestarias, profesores mal remunerados, aulas, laboratorios y equipos deteriorados y fuertes limitaciones en la utilización de los campos de prácticas. La posibilidad de promover investigación o el acceso a la investigación actualizada se ven reducidos a su mínima expresión.

SEDE INSTITUCIONAL DE LAS CARRERAS A 2002

Al estudiar los programas universitarios y la incidencia de las transformaciones sociales en esos programas, es necesario explicitar la función social de la universidad como actor social central en tanto:

- normativa de la política superior en educación y salud;
- pública en tanto interés de todos;
- productora de conocimientos que impacten en los servicios de salud.

Como se señaló anteriormente se agrupa a las instituciones universitarias donde se dictan las carreras en:

- Universidades nacionales con carrera de grado en salud: son creadas por Ley Nacional y reciben presupuesto del Estado que administran en forma autárquica. Incluyen en su oferta, además de los posgrados en estudio alguna carrera de grado que otorga título profesional en salud. Las Escuelas de Salud Pública son tradicionalmente dependencias de estas instituciones como el caso

de las mencionadas Escuela de la Universidad Nacional del Litoral o la de la Universidad de Buenos Aires.

- Universidades privadas con carrera de grado en salud: son reconocidas por Ley nacional y funcionan con fondos de fundaciones religiosas, empresariales u otras. Incluyen en su oferta, además de los posgrados en estudio alguna carrera de grado que otorga título profesional en salud.
- Facultades, Departamentos, Institutos y Escuelas de Ciencias Sociales, Económicas u otras disciplinas diferentes de salud, de las cuales dependen posgrados en salud.
- Institutos o Centros de formación de posgrado que aun dictando programas de posgrado no están en relación de dependencia con la universidad.

Tabla 8. Sede Institucional de las Carreras a 2002

Sede Institucional de las Carreras	Tipo de Institución	Carreras en Instituciones creadas antes de 1990*		Carreras en Instituciones creadas después de 1990*	
		Especialización	Maestría	Especialización	Maestría
Universidad o Instituto Universitario	Nacional con carrera de grado en salud	5	8		
	Privada con carrera de grado en salud		3	3	2
Facultad, Dpto., Instituto Cátedra No de Ciencias de la Salud	Nacional	1	2		
	Privada		6	2	1
Instituto, Facultad, Centro de formación de PG	Nacional		4	1	2
	Privada	2	5	1	5
Total		8	28	7	10

Fuente: Secretaría de Políticas Universitarias. Anuario Estadístico 2000.

El año de creación y comienzo de las actividades de la carrera se analiza en otro cuadro. Sea cual fuere ese año las carreras se incluyen en cada columna de este cuadro según su sede institucional correspondiente a la descripción de las columnas y filas que describen la Institución Universitaria.

Como puede observarse en el cuadro las carreras se presentan en las universidades nacionales más grandes y antiguas en más de una modalidad. Tanto la UBA como la Universidad Nacional de La Plata son sede de más de una maestría y no dictan carreras de especialización, en Administración de salud o Salud Pública. En el caso de la UBA desde que se cerrara la que ofrecía la Facultad de Medicina. La Universidad Nacional de Rosario dicta dos maestrías y una especialización. Los títulos que otorgan las carreras más antiguas remiten a las tradiciones de la Salud Pública y Administración como base de las políticas en tanto que las más nuevas asocian las políticas y la gestión con la gerencia y la calidad.

Ocho de las maestrías que otorgan título con la denominación Salud Pública se dictan en universidades nacionales antiguas con carrera de grado en salud. Sólo una tiene sede en una universidad privada, pero también antigua y con carrera de grado, y otra es de creación más reciente. En principio estas consideraciones permiten afirmar que las Maestrías en Salud Pública, o con esa denominación, se dictan en las universidades que tienen más larga tradición y en departamentos o facultades asociadas a las carreras de grado en Salud, especialmente Medicina. En cambio las denominadas en Administración, gestión, etc. tienen sede, en un número mayor de casos, en universidades privadas, en instituciones sin carrera de grado en Salud, lo que supone una estructura organizacional no relacionada con facultades o cátedras, o en departamentos e institutos de Ciencias Empresariales, de Administración, de Economía o sin definición específica. Esta situación tiene relación, como se analizará más adelante, con las formas de designación y dedicación de los docentes, ya que la articulación, y a veces la dirección del posgrado, corresponde al profesor titular de la cátedra de grado en las primeras.

La modalidad de maestría presenta temáticas que pueden entenderse como nuevas especialidades no reconocidas por los Ministerios de salud o los colegios profesionales o cuyos objetos de estudio y formación son caracterizados como interdisciplina-

rios. Esto es característico de los posgrados que no modifican el ejercicio profesional para el ejercicio de prácticas agregadas por la formación, dado su carácter heterogéneo y las actividades reservadas a cada uno de esos títulos.

Por una parte esta caracterización más que designar un campo u objeto de estudio abordado desde o integrando diferentes disciplinas, responde a la aceptación de ingresantes con diferentes títulos o formación de grado. Por otra parte, a pesar de la clara diferenciación en cuanto al carácter profesional de las carreras de especialización y el generalmente admitido carácter académico de las maestrías, se ha instalado en la comunidad universitaria y profesional una discusión entre modelos profesionales y/o académicos, discusión que abarca los perfiles de egresado y las competencias esperados como resultado de la formación, las características de los programas y del cuerpo docente que lo sostiene, las actividades de práctica profesional que deben ser parte del diseño curricular, la carga horaria y las características del trabajo de graduación. Esta discusión entre posgrados académicos y/o profesionales adquiere una dimensión todavía mayor en las maestrías del área de Salud Pública y Administración de servicios de salud, por el carácter interdisciplinario del objeto de estudio y por el reconocimiento de títulos de grado de diferentes disciplinas como pertinentes para el desempeño en el área, aspectos ya mencionados. También por la diferenciación de instancias de contratación para el desempeño laboral, es decir por la diversificación del mercado de trabajo desde la figura del estado como empleador de recursos humanos a la posibilidad de contratación desde las gerencias de las obras sociales, de las empresas de medicina prepaga, ONG's, fundaciones o consultoras nacionales e internacionales además del mercado de trabajo docente.

Varias tendencias se reconocen en la diversificación de la formación desde la academia y la investigación hacia lo profesional: la masificación de la educación superior y los recursos destinados a la investigación que no aumentan en corres-

pondencia, la demanda creciente de profesionales con experticia para determinados nichos de trabajo, la distancia entre conocimiento de frontera y conocimiento codificado propio de la universidad y el aumento del control de los gobiernos (Fanelli- Clark, 1999).

El título de maestría no reconoce incumbencias específicas habilitantes para otro desempeño profesional que las establecidas para el título de grado, remite en general al egresado al campo de su disciplina profesional de grado con la habilitación académica para ejercer funciones sanitarias o definir lineamientos y acciones de políticas públicas de salud u otras. La designación de posgrados académicos que suelen recibir estos programas supone la idea de que la formación y el uso, el conocer y el hacer, pudieran estar separados en la formación. Se asocia al modelo o paradigma que sostiene una idea de formación y de universidad no responsable de las acciones en salud con una diferenciación que no es sólo ni centralmente curricular.

La aparición de programas en gestión y gerencia responde, también, a la distancia cada vez mayor entre las concepciones de educación y formación para el servicio y la intervención.

Cuadro 1. Creación e Inicio de Actividades

Periodos Inicio de Actividades	Anteriores 1993	1994-1996	1997-1999	2000-2002	Total
Grupo I Esp. en SP y Epidemiología.		1	2	1	4
Grupo II Ma. en SP	1	4	2	3	10
Grupo III Esp. en Administración y Gestión	1	1	1	2	6
Grupo IV Ma. Administración. y Gestión	3	5	6	4	17
Grupo V Esp. y Ma. c/Subespecialidades	2	2	6	5	15
Total	7	13	17	15	53

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la SPU: Anuario Estadístico 2000

Analizando los Grupos I y II cuya denominación incluye el término Salud Pública, se observa que no se han creado nuevas carreras desde 1998. En tres de los casos de las universidades antiguas más grandes, son la transformación de los cursos de Diplomatura de las Escuelas de Salud Pública de Santa Fe, Córdoba y la UBA. Las más recientes, una creada en el año 2000 en la provincia de Entre Ríos se denomina de Salud Familiar y Comunitaria³⁶ y la de la provincia y Universidad Nacional de Tucumán, Epidemiología de campo. No se denominan en Salud Pública pero el alcance de su temática y la convergencia de temas y contenidos con las de salud pública, pueden corroborarse en el análisis de contenidos y carga horaria respectivamente.

36 Ante la pregunta : ¿Considera Ud. que los los criterios de la salud familiar y comunitaria están basados en los contenidos de la Salud Pública ? y ¿Qué relación deben tener la Salud Pública y la Salud Familiar y Comunitaria ? el Dr. Pedro L. Castellanos -OPS- propone en principio diferenciar los términos del de medicina familiar de orientación clínica. Salud familiar y comunitaria definiría un nuevo campo de conceptos de prácticas al de la Salud Pública llevando el papel de las familias en diferentes circuitos económicos, en diferentes culturas y en interacciones sistémicas al interior de la familia. Considera el campo ampliado de lo comunitario y las articulaciones a través de redes sociales. Como salud pública no se limita a las intervenciones estatales.

Las carreras del Grupo III son, salvo un caso, cursos de entidades profesionales que han solicitado su reconocimiento como carreras universitarias al Ministerio de Educación en años recientes. Pueden entenderse como ejemplos de la tendencia a la búsqueda de la inserción y el reconocimiento de la validez de los títulos universitarios en la formación de posgrado, posteriormente a la sanción de la Ley de Educación Superior.

Las dos carreras más antiguas del grupo IV se denominan Maestría en Administración de Salud y sus contenidos y alcances de la denominación corresponden a una concepción más tradicional y abarcativa de la Administración. Aunque han incorporado en los últimos años visiones o temáticas más gerenciales o de gestión, responden a la adopción de modalidad de maestría sobre cursos dictados en las Instituciones universitarias dentro de Institutos de Formación de Recursos Humanos.

Las dos siguientes por orden de antigüedad incorporan ya en el título la temática de la Gerencia junto con la denominación Administración. Estos programas sostienen aún la idea de Salud Pública ligada al estado y recién en los últimos años han ido incorporando visiones, contenidos y técnicas asociados a lo instrumental y la gerencia. Responden así a la demanda del perfil de alumnos.

Comparando las carreras del Grupo II y el Grupo IV se observa la existencia de más de un programa institucional, situación que obliga a analizar las diferencias entre las propuestas presentadas en relación con las de su grupo y entre grupos.

El término o la denominación de Gestión aparece en las carreras creadas a partir de 1997, un caso, 1998 dos casos y en años posteriores 4 casos. La temática de la calidad aparece en un solo título aunque se verá al analizar los contenidos que está presente

en muchos de los nuevos programas. Los términos *sistemas, servicios, instituciones de salud u hospitalaria*, parecen remitir o indicar alcances diferentes de los ámbitos de intervención para los que se prepara o habilita el desempeño de los graduados.

El Grupo V, que se ha denominado *con orientaciones*, es diferente no sólo por la especificación de un área o disciplina que se agrega al título sino también por los requisitos de ingreso, título de grado de los directores y docentes y objeto de estudio y tradición en la disciplina y modalidad. Los programas más nuevos se ubican en este grupo; a medida que pasa el tiempo aumenta la especificidad y el número de orientadas, y la diferencia entre especialidad y maestría y diploma. Salvo las dos carreras de FLACSO que han sido incluidas en este grupo por motivos de la especificación de una orientación en el título, las restantes 12 carreras se describen como de gestión, gerencia o administración sobre temáticas particulares.

Esta tendencia hacia la formación para la gestión o el gerenciamiento retoma y avanza sobre cambio en la administración de los servicios y sistemas. Ha llevado a la creación de programas de gestión, de gerenciamiento, de calidad en todas las áreas disciplinares, acompañando una preocupación por el costo y el uso eficiente de los recursos. También en las universidades ha encontrado aceptación y desarrollo ya que se adapta a la necesidad de titulación de posgrado de los docentes y al desarrollo de programas que reúnan, bajo la denominación de inter o multidisciplinarios tal como parece permitir el tema de la administración, el gerenciamiento, la calidad o la gestión, la matriculación de profesionales o graduados desde diferentes formaciones de grado y para la docencia, completando el circuito grado-docencia-posgraduación-docencia sin impacto en la profesión, la investigación o la salud (Escudero, J. C. 1999).

Si bien es posible admitir que los aspectos económicos y en particular los costos en el sector salud tienen una importancia relevante, una insistencia en ese aspecto es insuficiente para

asumir la dirección u orientar el diseño curricular y las actividades tanto como el perfil de los docentes en un posgrado, hacia la gestión de servicios de organizaciones de salud. Gestionar servicios de salud no es equiparable a administrar otra rama de la producción u otros tipos de servicios. La especificidad del objeto, la salud de las personas, exigen una visión más amplia.

Dice el Dr. Bloch, director de una de las maestrías en salud pública, al comentar los objetivos de otro de estos programas:

El título gestión de la organización de la salud... no deja claro los objetivos o propósitos del posgrado. Se refiere al concepto de organización de servicios de atención de la salud como respuesta social a las necesidades y demandas de la población con relación a sus problemas de salud-enfermedad? O remite a un concepto mucho más amplio como presupone el título organización de la salud, que supondría dar una respuesta integral a la problemática de salud de la población que excede al sector salud y obliga a considerar los determinantes y condicionantes de la salud y un enfoque integral preventivo-curativo, con énfasis en la promoción de la salud?

Con el propósito de ahondar en el sentido de la tesis se analizan en adelante los textos con los que se fundamentan y justifican la creación de las carreras y la definición de sus objetivos:

FUNDAMENTACIÓN Y OBJETIVOS DE LAS CARRERAS. ¿INTERÉS SOCIAL O GESTIÓN ORGANIZACIONAL?
¿Qué fuerza de trabajo para las políticas de Salud Pública se pretende formar?, ¿cuáles son los objetivos y la necesidad o diagnóstico con las que se fundamenta la creación de estas carreras?, ¿se propone una racionalidad técnica o política para la toma de decisiones en salud?

Se pregunta Oscar Ozlak ¿a quién y con qué recursos corresponde gestionar lo público? Los recursos materiales y de conocimientos ¿se transfieren de los sectores más poderosos?

¿Hacia los más débiles? ¿Hacia el conjunto o hacia grupos e individuos? ¿Preparan las carreras para el conjunto social, la salud de todos o las organizaciones que gerencian recursos escasos? (Oszlak, O. Estado y sociedad en las nuevas fronteras.2000)

Oscar Oszlak y Guillermo O'Donnell señalan la existencia de conflictos de políticas en unidades intraestatales, por presencia dentro del aparato estatal de unidades con distinto grado de autonomía. Estos conflictos se originan en intereses diversos aún dentro de las instituciones universitarias públicas y muy especialmente en el período señalado por las políticas neoliberales. Los grupos en que se han dividido las carreras para el análisis no predeterminan un perfil público para la graduación en las universidades públicas o uno privatista en las privadas sino que observa que en todas las instituciones se hace presente el conflicto y muy especialmente en los textos que argumentan sobre su necesidad y propósitos.

Así, en la fundamentación para la creación de las carreras del Grupo I, de Especialización en SP y Epidemiología, aparecen reiteradas menciones a las vinculaciones y necesidades de los sistemas de salud, el tratamiento de la información sanitaria, la necesidad de mejorar los enlaces de la Epidemiología con la planificación de servicios y el sistema de salud. Buscan aumentar la capacidad resolutoria del sistema de servicios para ayudar a los profesionales a tomar decisiones y se dirigen a instituciones para el cuidado de la salud. Dentro del mismo grupo se proponen la capacitación de profesionales para gestión con responsabilidad del sistema de salud y la necesidad de formación de profesionales para la Atención Primaria, propósitos todos ellos consistentes con la modalidad del posgrado que mantiene la idea de residencias en los servicios.

Las carreras del Grupo II, Maestrías en Salud Pública, que se desarrollan en las universidades más antiguas, argumentan sobre la salud pública y la administración no gerencial, la realidad sanitaria y la atención de la salud. Incluyen la formación en docencia y la

investigación, la relación con los Ministerios salud y Desarrollo social, con los servicios, con organismos de cooperación como la OPS, con hospitales y centros de salud. Proponen, aunque no aseguran, licencias para la formación de los alumnos e informan sobre la realización de trabajos de campo, el análisis crítico, la problematización del objeto, el diagnóstico y abordaje sistémico de los problemas de salud de la comunidad, combinando lo socio cultural y ambiental. Definen a la Salud Pública como la conducción y administración de los servicios que se brindan a la población, que requiere de la preparación de docentes profesionales para la docencia de grado en medicina y salud, el conocimiento de la realidad sanitaria regional, la formación humana y social, la conducción de recursos humanos capaces para el abordaje interdisciplinar e intersectorial para Resolución de problemas de salud. Pretenden también diagnosticar, priorizar y dar respuesta a problemas en vinculación con sociedad, el estado, las organizaciones públicas y privadas, las grandes transformaciones sociales y tecnológicas, la salud individual y colectiva.

Formarán un profesional que preserve la difusión y transmisión de la cultura de su sector así como el patrimonio común de valores relacionados con la práctica y la teoría científica, la investigación continua y la especialización. En un marco de profundas transformaciones sociales con participación legítima y responsabilidad del Estado en las funciones para el bienestar colectivo, estudiarán nuevos paradigmas sociales y en salud relacionados con la precariedad, la inequidad, la pobreza creciente, el recrudecimiento de antiguas patologías. Pretenden superar las limitaciones del enfoque sanitario tradicional.

En el Grupo III, carreras de especialización en Administración y gestión, el ámbito de incidencia se reduce a las organizaciones de salud y empresas, no proponen definición de políticas, sólo formación para la conducción y gestión o gerencia y calidad. Señalan que la administración de las organizaciones de la salud del ámbito privado o en gestión de la organización de la salud, requiere expertos en planificación y atención a la calidad de la asistencia sanitaria. Incluyen menciones al marketing de servicios, el uso de la in-

formática para la presupuestación, la gestión de costos en el marco empresarial y social respectivo. Preparan para la búsqueda del cambio en la elevación del nivel de los servicios y al rendimiento social y económico de estas organizaciones con combinación de aproximaciones micro y macro sanitarias.

En el Grupo IV de Maestrías en Administración y Gestión se incluye alternadamente la especificación sobre administración de servicios, su dirección, gestión y gerenciamiento. Con clara reducción del ámbito de acción de los egresados, no conciben la Administración como la planificación de políticas sino como técnica, como capacidades para gestionar la calidad de los recursos disponibles, para lograr eficacia y eficiencia, menor costo hospitalario, gasto controlable. Proponen la reingeniería de procesos y buscan la satisfacción del cliente, el liderazgo, el estudio de la micro y macroeconomía. Cuando se menciona la capacitación en Gestión de servicios por inequidad distributiva o pobreza creciente, se propone la atención de la salud para la equidad. Se conciben dentro de la Ciencia económica y las ciencias administrativas de la salud, la planificación, la gestión de RRHH y la conducción de establecimientos sobre la formación en nuevas concepciones de Gerencia y administración en diferentes niveles del sistema. La orientación a resultados y el manejo de habilidades comunicacionales, las innovaciones, producción, productividad, inserción en la economía global, toma de decisiones, marketing son términos reiterados así como la subgerenciación y subadministración de recursos en los países emergentes. La vinculación de los procesos económico-sociales con la mejor distribución de bienes indica la necesidad de reconversión del mercado de la salud. Asumen la responsabilidad de la universidad en la formación de RRHH para el liderazgo en las empresas de salud y la necesidad de especializar a los profesionales en las disciplinas empresariales, en dirección y gestión, gerenciamiento, management care, y control de gestión médica del paciente. Muestran la pretensión del funcionamiento de las instituciones de salud como empresas, de autogestión, de libre mercado, de gestión de la calidad como prioridad, con eficacia y eficiencia y gasto controlado, proponiendo el trabajo en equipo, mejora continua, reingeniería, satisfacción del cliente. Propician la necesidad de

promoción de la capacidad gerencial, el uso de sistemas informáticos o de telemedicina, de sistemas de medición de salud en los pacientes y contribuir a la creación de riqueza liderando desarrollos empresariales con optimización de recursos y modernización tecnológica.

En las carreras del Grupo V, con orientaciones, se señalan las problemáticas de salud/enfermedad o de salud, para identificar, diagnosticar diversos factores intervinientes en la salud de la población, el contexto y las nuevas problemáticas de la salud. Aluden a la Reforma del Estado, el mercado, y la crisis prestacional y financiera del sector en un solo caso y presentan una descripción similar de los objetivos de formación. Una sola vez se menciona la Atención primaria. Se proponen capacitar para el diseño, evaluación y aplicación de políticas de salud y el asesoramiento de autoridades en articulación con el Estado y Ministerios aunque en sólo dos casos los nombran. Siendo este grupo el más heterogéneo, y el que menos claramente explicita sus objetivos y fundamentación, muestra inconsistencias en las propuestas por aludir a diversos paradigmas o por pretender una formación difícilmente posible dentro de las otras propuestas del programa. También incluyen consideraciones sobre el costo-beneficio, los cambios en los modos de contratación, la formación de RRHH, la Planificación, Gestión y administración como equivalentes, la técnica para gerenciar, para intervenir o fortalecer la capacidad de conducir las organizaciones del sector, también como términos equivalentes.

Esta síntesis de razones o fundamentación para la creación de las nuevas carreras muestra el desplazamiento de objetivos y la adopción de términos adecuados a las políticas neoliberales en detrimento de las propuestas de atención de las necesidades de atención y de planificación del Estado para el sector.

DIRECTORES DE LAS CARRERAS

Como se señalara al describir la Teoría Curricular, los sujetos de la dimensión institucional son los académicos, directores de los programas y de los servicios de salud, funcionarios ministeriales y consultores en tanto voceros de los intereses institucionales, de las necesidades de salud de la población, y poseedores del conocimiento específico de la organización, de su administración, de las áreas programáticas, y de la tecnología en Salud Pública. La importancia de la figura del Director es indudable en la definición de la orientación efectiva en los posgrados siendo además en muchos casos su creador.

El proceso de profesionalización es un proceso *incompleto, ideológico e histórico*, señala Mario Róvere (2002). Para analizar el proceso de profesionalización en Salud Pública menciona la necesidad de estudiar en los profesionales a cargo de la formación su título de grado, sus experiencias laborales, su formación de posgrado, la educación continua, la participación en actividades gremiales y asociativas, las experiencias de investigación. Siguiendo esta propuesta de caracterización se describe para cada Grupo de programas el currículo del Director a través de diez variables. Se presenta a continuación el análisis de treinta Curriculum Vitae, ya que varios posgrados tienen los mismos directores.

Cuadro 2. Director de Carrera

Director de Carrera Curriculum	Médico	Otras Profesiones	Residente Sede de Posgrado	Especialista	Magíster	Doctor Medicina u otros	Desempeño actual Área de Salud	Trayectoria en el área	Docencia	Investigación	Publicaciones
Grupo I Esp. en SP y Epidemiología	03/04	1	2			1	1	4	3	2	2
Grupo II Ma. en SP	07/10	3	7			6	1		8	8	7
Grupo III Esp. en Administración y Gestión	03/06	Abogado Cs Es									
Grupo IV Ma. Administración. y Gestión	12/17	Cs Es	15			5	2	11 Funcionarios	9 Prof Tit.	50% en el Área	5

Fuente: Elaboración propia en base a los CV on line de los Directores

Veintidós directores³⁷ tienen título de médico, veintitrés residen en la ciudad donde se dicta la carrera, cuatro se desempeñan en la actualidad en los ámbitos de salud, cuatro lo han hecho anteriormente y once han sido funcionarios del sistema nacional, provincial o municipal. Sus trayectorias y experiencia profesional en Salud Pública, altamente valiosas para la formación de los futuros profesionales del campo tienen sin embargo la contracara de la desvinculación actual. Las tesis y pasantías no están inscriptas así en programas o requerimientos de los servicios.

En varias carreras la vinculación del director con la universidad no está institucionalizada, es decir su designación es específica para las tareas de dirección del posgrado. En los posgrados en donde sí lo está, porque coincide con el titular de la cátedra o departamento de SP, se puede suponer articulación de actividades y contenidos. En estos casos se distribuyen las tareas docentes y de dirección entre grado y posgrado presuponiéndose un mayor compromiso institucional, una articulación en los diseños de los programas y un contacto con otros docentes del grado que pueden formarse como futuros docentes del programa. La no residencia en el lugar donde se dicta el posgrado reduce la disponibilidad de los directores para el seguimiento de actividades docentes y tesis.

CONVENIOS CON INTERESTATALES Y ÁMBITOS DE SALUD

La Resolución Ministerial que regula la acreditación de los posgrados para su funcionamiento explicita detenidamente lo relativo a carreras conjuntas o interinstitucionales, creadas mediante convenios específicos. En la práctica se han detectado dos situaciones diferentes: la concertación entre dos o más instituciones universitarias con aportes de recursos humanos y materiales de todas, independientemente de si la carrera se desarrolla en todas o en una sola de ellas en cuyo caso se está ante un verdadero

37 De las 53 carreras en estudio, 32 se dictan en la región metropolitana de Buenos Aires y conurbano bonaerense.

acuerdo de cooperación. O el acuerdo para que la carrera dictada en una institución lo haga simultáneamente y con sus mismos docentes en la sede de otra. Parecería que esto último se asemeja más a una subse de la primera que a un auténtico acuerdo de cooperación y, como tal, ha merecido objeciones en la posibilidad de mantener las mismas características en todas sus sedes de dictado.

Las carreras han realizado convenios con ministerios de salud nacional o provincial, con ámbitos municipales, con instituciones de salud, con organismos internacionales o con universidades del exterior. Sin embargo en general se trata de convenios marco y en los pocos casos de convenios específicos las funciones y responsabilidades no están bien delimitadas. Se considera este tema determinante en el análisis del Capítulo siguiente sobre la posibilidad de formación para las prácticas profesionales.

DOCENTES. DEDICACIÓN Y FORMACIÓN

Los actores o sujetos de la Dimensión didáctico áulica son los profesores y alumnos y los participantes en los ámbitos de salud en tanto son los protagonistas de la concreción de la propuesta curricular. Es en los servicios, instituciones o ámbitos de salud donde se realizan las prácticas y el desempeño laboral. En el Grupo I se informa sobre 51 docentes propios es decir con designación docente de las universidades donde se dictan las carreras, en tanto el Grupo II informa sobre 106 docente en esa condición. El Grupo III no especifica si los 46 docentes que informa son propios y el Grupo IV informa 209 docentes designados. Como invitados, conferencistas o contratados a término se indican 13 en el Grupo II y 55 en el Grupo IV. Al caracterizar y estimar la fuerza de trabajo para la docencia en SP se señala que el número total de docentes es menor a lo cuantificado ya que es alta la repetición de docentes

y directores en los programas. No se especifica como valor propio (salvo en el Grupo I) la participación de los docentes en programas o servicios de asistencia en salud.

Más importante que su número resulta conocer la formación de los docentes porque son los que efectivamente están a cargo de la formación y los responsables de tutorías, supervisión y dirección de trabajos y tesis. Los perfiles de formación, la experiencia y trayectoria de los directores así como los de los docentes están en estrecha relación con las posibilidades de formación de los perfiles propuestos para los graduados. Son aquellos los que establecen los límites de la formación posible en carreras cuyos componentes de intervención y acción están estrechamente relacionados con la capacidad crítica de quienes imparten los cursos sobre las prácticas profesionales. Prácticas profesionales diferentes como el desempeño en el ámbito público o en el ámbito privado o empresarial, condicionan la enseñanza impartida.

Llama la atención la similitud del plantel docente de los posgrados de especialidad con los de maestría y en las diferentes áreas. Al comparar su formación específica de grado y posgrado, en relación con las actividades curriculares para las que han sido designados, se observa que los mismos docentes dictan contenidos diferentes con los mismos y a veces distintos objetivos y denominaciones, lo que podría hablar de la indefinición del campo o del objeto de estudio de SP y de la tendencia a transformar su campo de conocimiento hacia la administración, la gerencia y la gestión. También podría inferirse que el área de administración de/en salud es un área con desarrollo y tradición vinculada a las diferentes concepciones de SP y que la medicina es la profesión socialmente encargada del abordaje de la problemática específica, dado el alto número de docentes con ese título.

Cuadro 3. Formación de Grado de los Docentes

Formación de Grado Docentes	Médico	Lic. Enfermería	Lic. Nutrición	Odontología	Bioquímica	Farmacia	Kinesiología	Psicología
Grupo I Esp. en SP y Epidemiología	33		5		1			2
Grupo II Ma. en SP	68	3		2	3			8
Grupo IV Ma. Administración y Gestión	52			2	3			3

Formación de Grado Docentes	Veterinaria	Biología	Administradores	Contador	Economía	Abogacía	Arquitectura	Ingeniería
Grupo I Esp. en SP y Epidemiología			2	1			2	1
Grupo II Ma. en SP			2		8	3	4	4
Grupo IV Ma. Administración y Gestión			6	8	2	4	1	12

Formación de Grado Docentes	Matemáticos/ Estadísticos	Trabajo Social	Sociología	Ciencias Políticas	Antropología	Cs. Sociales Otros	Total
Grupo I Esp. en SP y Epidemiología	3	2			1	2 Hist	
Grupo II Ma. en SP	8	1	15		3	2	
Grupo IV Ma. Administración y Gestión	9	1	5	2		4	

Fuente: Elaboración propia sobre información de las carreras.

Cuadro 4. Docentes según Título Máximo

Docentes Título Máximo	Doctor	Mgr.	Especialista	Grado
Grupo I Esp. en SP y Epidemiología	5	23	10	12
Grupo II Ma. en SP	42	26	38	48
Grupo III Esp. en Administración y Gestión	12	6	18	10
Grupo IV Ma. Administración y Gestión	15	94	71	

Fuente: Elaboración propia sobre información de las carreras.

En cuanto a la capacidad para la dirección de tesis se ha podido estimar un número muy alto de doctores en los Grupos II y IV correspondientes a las maestrías más tradicionales y a las nuevas y numerosas maestrías del Grupo IV. El Grupo I, de especialidades, registra un alto número de especialistas y magister en relación al número de carreras al incluirse los docentes y profesionales de los servicios.

INGRESANTES Y EGRESADOS. TÍTULOS DE GRADO E INSERCIÓN LABORAL

Tabla 9. Evolución de la oferta de posgrados

Año	1995	1999	2002	2002 % Posgrados en salud /total de posgrados
Carreras de posgrado	793	1235	1950	
Carreras de Especialización	301	522	896	Las Especializaciones en Cs. Sd son 41 % de la oferta de Esp.
Maestrías	246	463	738	Las Maestrías en Cs. Sd son el 7 % de la oferta de Maestrías
Carreras de Ciencias de la Salud	138	265	451	Los posgrados en Cs. Sd. Son el 23% de la oferta de posgrados
Especialidades en Ciencias de la Salud	106	221	375	Las especializaciones en Cs. Sd. son el 83% de la oferta en Salud
Maestrías en Ciencias de la Salud	14	32	58	Las Maestrías en Cs. Sd. son el 12% de la oferta en Salud

Fuente: Elaboración propia sobre datos diversas fuentes. Cs. Sd. Abreviatura por Ciencias de la Salud

Las carreras de Ciencias de la Salud representan el 21% al año 1999 y el 23% al año 2002 del total de posgrados existentes (1 235 y 1 950). A ese mismo año las especialidades en Ciencias de la Salud son el 41% del total de especialidades (896) y las Maestrías en Salud sólo el 7% del total de maestrías. Sobre el total de posgrados en el área de Salud, (451) las especialidades son el 83% y las maestrías el 12%.

Es de notar para este estudio que las maestrías en Ciencias de la Salud, 58, coinciden aproximadamente con las que se dictan en el área de Salud Pública, 53. Sin embargo, de las especialidades en estudio en esta tesis (25) sólo el 6% son en salud pública o administración de salud, mostrando la baja importancia relativa de estos temas sobre las especialidades clínicas y quirúrgicas.

Se transcribe en los cuadros siguientes la información general sobre los cursantes de posgrado, los cursantes de los posgrados del área de Ciencias de la Salud y luego en particular los cursantes y egresados de los programas en estudio, a fin de observar la evolución de la oferta y posibilitar la comparación. No se incluyen discriminados los datos de inscripción a doctorados.

Tabla 10. Alumnos inscriptos por modalidad de carrera y área

	1995	1999	2002	% sobre total del área 2002
Total de Inscriptos a carreras de posgrado	10090	31857	39725	
Inscriptos a Especialidades.	4375	13165	17281	Los inscriptos a especialidades son el 43% del total
Inscriptos a Maestrías	3660	13836	16398	Los inscriptos a Maestrías son el 41 % del total.
Total de inscriptos a carreras de Ciencias de la Salud	2185	7512	8553	Los inscriptos en Cs. Sd. son el 21 % del total.
Total de inscriptos a Especialidades en Ciencias de la Salud	1895	6082	6603	Los inscriptos a especialidades en Cs. Sd. son el 77% del total de Ins. en Cs.Sd
Total de inscriptos a Maestrías de Ciencias de la Salud	235	1130	1606	Los inscriptos a Maestrías en Cs. Sd. son el 18% del total de Ins. en Cs.Sd

Fuente: Elaboración propia sobre datos de diversas fuentes. *Cs. Sd.* Abreviatura por Ciencias de la Salud.

Ins. Abreviatura por Inscriptos

Como se señaló en el *Estudio del campo de posgrado* en el Capítulo 3, el crecimiento del número de carreras y de los inscriptos se desacelera en el período 1999-2002.

El porcentaje de inscriptos a especializaciones en el conjunto de las disciplinas es aproximadamente igual al de los inscriptos en maestrías dado que las Maestrías en Ciencias Sociales compensan el peso de las especialidades de salud en esta modalidad. En cambio, en el área de Salud los inscriptos a especialidades alcanzan un alto porcentaje y son más numerosos, por ser ésta la modalidad de posgrado predominante.

Cuadro 5. Inscriptos a las carreras del área de Salud Pública en estudio

Grupo	Nro. de carreras del Grupo	Inscriptos 2002	Egresados de cohortes anteriores
Grupo I Esp. en SP y Epidemiología	4	276	138 50%
Grupo II Ma. en SP	10	829	168 20%
Grupo III Esp. en Administración y Gestión	6	321	122 38%
Grupo IV Ma. Administración. y Gestión	17	1152	222 20%
Total		2578	650

Se señaló en cuadro Evolución de la oferta de posgrados que la oferta de carreras se ha multiplicado por 2.45 entre 1995 y 2002, creciendo de 793 carreras a 1 950.

En el cuadro alumnos inscriptos por modalidad de carrera y área se observa en cambio que el número de inscriptos casi se ha cuadruplicado, siendo 10 090 personas en 1995 y 39 725 en 2002.

En particular, en las carreras en estudio, área de Salud Pública y Administración, en el cuadro *Alumnos inscriptos a las carreras de Salud Pública en estudio*, se observa que los inscriptos en 2002 son 597 en especialidades (23%) y 1 981 (76%) en maestrías, invirtiendo los porcentajes habituales en el área salud. Se observa también, que argumentando sobre las hipótesis planteadas, los inscriptos a las carreras de Administración y Gestión (1 473) son el 57% del total en tanto los inscriptos a las carreras más antiguas, en Salud Pública, son 1105, el 42%.³⁸

En el Grupo I son 216 los inscriptos y 138 los egresados en tanto que en el Grupo II de maestrías han cursado 829 personas de las cuales egresaron 168. El número de inscriptos del Grupo I es menor porque estas carreras siguen la modalidad de residencia en algunos casos y su carga horaria es muy alta, pero esa modalidad lleva a una mayor tasa de graduación, el 50%.

La relación inscriptos/graduados también es mayor en las carreras de especialización del Grupo III, probablemente por la estructura más regular del cursado y por un objeto de estudio y condiciones de graduación menos exigentes en tiempos y requisitos, ya que no se prevén tesis.

38 Las carreras de posgrado tienen, como se describirá en detalle en la tercera Dimensión, una estructura altamente fragmentada con numerosas actividades curriculares. A diferencia de los estudios de grado las exigencias de correlatividad son escasas, y los estudiantes suelen demorarse en el cursado de los seminarios mucho más de lo previsto, especialmente porque aquellos no se dictan en todos los cuatrimestres, son intercambiables o de reconocimiento posterior y otras circunstancias que hacen difícil estimar el número real inscriptos por cohorte para establecer estudios de posibles graduados o de cursantes a una fecha. El número de estudiantes inscriptos en la segunda columna del cuadro 5 reúne a todos los cursantes de las cohortes anteriores y de 2002 que no se han graduado y que podrían hacerlo. Como las carreras del Grupo III y IV son las más recientes los porcentajes ponderados darían aún un valor más alto a favor del argumento señalado.

En el Grupo II los cursantes son 829 con un egreso del 20%. Los cursantes del Grupo IV son 1152 y 222 los egresados. El número más alto de ingresantes en la maestrías más nuevas corresponde a la mayor demanda para la formación en gestión y gerencia como ya se señaló, y la tasa de graduación proporcionalmente menor a los de las especialidades y numéricamente casi similar a la del Grupo II argumenta, como sostiene esta tesis, sobre que lo demandado es la formación y el cursado y no el título.³⁹.

Las tasas de egreso deben considerar que los cursantes de las carreras de especialización tienen un año aproximadamente para entregar el trabajo integrador final y los maestrandos dos años para entregar la tesis. Aún transcurrido ese tiempo no pierden la posibilidad de hacerlo de modo que no puede inferirse que los alumnos ingresantes en cohortes anteriores al año 1999 han abandonado en el 2002. Estas tasas de egreso se elevarán notablemente considerando períodos más largos. Sin embargo, como disponibilidad de la Fuerza de Trabajo en Salud Pública en los próximos años, los egresados-titulados, que son los que han presentado la tesis o trabajo final, constituyen aproximadamente al 2002, el 20% en las maestrías y el 44% promedio en especialidades.

39 Como también se ha propuesto la tesis no resulta relevante discriminar por cohorte ya que no se busca mostrar el rendimiento de cada posgrado sino estimar la probable fuerza de trabajo en Salud Pública formada en ellos.

Cuadro 6. Alumnos según Título de Grado

Alumnos según Título de Grado	Médico	Lic. Enfermería	Lic. Nutrición	Odontología	Psicología
Grupo I Esp. en SP y Epidemiología	33	13		2	8
Grupo II Ma. en SP	50%	*			
Grupo IV Ma. Administración. y Gestión	50%	*	*		

Alumnos según Título de Grado	Bioquímica	Farmacia	Administración	Antropología	Matemática /Estadística
Grupo I Esp. en SP y Epidemiología	8	1		1	3
Grupo II Ma. en SP	*	*			
Grupo IV Ma. Administración. y Gestión			10%		

Fuente: Elaboración propia sobre información de las carreras.

Observar la formación de grado de los alumnos dice de la posibilidad o imposibilidad de desarrollar contenidos y actividades docentes, de recuperar y articular saberes previos provenientes de disciplinas disímiles o de la carencia de conocimientos articulables desde en un objeto multidisciplinario/ interdisciplinario o transdisciplinario. El análisis del título de grado de los alumnos informa sobre un porcentaje más alto de médicos en las carreras de especialización y menor incidencia de este título en las carreras de maestría, aunque cercano al 50%.

INSERCIÓN LABORAL DE LOS ALUMNOS

Se analiza aquí la inserción laboral/profesional real y la esperada como resultado de la formación en su relación con las dimensiones curriculares analizadas. El supuesto que organiza este análisis es que las posibilidades y expectativas laborales son una Dimensión de determinación curricular. Dentro del cuadro se indica existencia de alumnos en esa condición según la información de entrevistas.

Cuadro 7. Inserción laboral de alumnos

Alumnos Inserción Laboral	Sector Público			Docencia Univer.	Sector Privado		Obras Sociales o Tercer Sector	
	Función Pública	Salud Asistencia	Adm/ Gestión		Salud Asistencia	Adm/ Gestión	Salud Asistencia	Adm/ Gestión
Grupo I Esp. en SP y Epidemiología	*	*						
Grupo II Ma. en SP	*		*	*				
Grupo III Esp. en Administración y Gestión						*		*
Grupo IV Ma. Administración. y Gestión	*		*	*		*		*

Fuente: Elaboración propia en base a información relevada en entrevistas.

La relación entre la inserción laboral de los alumnos, su formación de grado y la elección del posgrado indica una prevalencia de profesionales que se desempeñan en la función pública en las carreras denominadas en Salud pública y Administración en tanto los que se desempeñan en actividades de administración y gestión del sector privado o de las obras sociales han elegido cursar posgrados de los Grupos III y IV, es decir los más nuevos y con orientación prevalente hacia la gerencia y la gestión.⁴⁰

Estos datos contribuyen a sostener las hipótesis iniciales en cuanto a la determinación de las características del empleo en la elección y cursado, bajo el supuesto de que este dato puede indicar también la inserción laboral esperada como modificación de la situación actual o primer trabajo y cierta idea sobre la efectividad del posgrado para mejorar esa inserción laboral.

COSTOS, FINANCIAMIENTO Y BECAS

La formación de grado de los profesionales de la salud en Argentina es y ha sido gratuita en las universidades públicas, dominantes en número y matrícula aún hoy pero casi únicas hasta los años '70.

La modalidad de posgrado de residencia, articulada con las carreras de especialización, provee a los cursantes de un estipendio mensual que hasta los años '70 era considerado capacitación en servicio y hoy forma parte de un contrato de trabajo rentado, por 4 o 5 años. El número de becas y contratos de cada año resulta de un acuerdo entre los ministerios de salud y las instituciones de formación. La expansión del nivel de posgrado

40 En una de las nuevas maestrías en Administración se indica que los cursantes son en un 30% propietarios de empresas de Salud, 23 cursantes son trabajadores autónomos, 22% son gerentes, 11% asesores. En otra del mismo grupo se menciona que el 60% de los cursantes tiene cargos gerenciales en Seguridad social y en la actividad privada. Una tercera indica que 28 de sus cursantes tienen cargos de conducción y 22 se desempeñan en jefaturas intermedias.

en el país, a partir de los años '90 y en correspondencia con las políticas analizadas, se propuso y organizó como una formación de interés particular de los cursantes, de carácter privado y por lo tanto arancelada. No eran las políticas públicas la que exigían esa formación en los dichos y acciones de los programas sino el interés particular.

Se analiza el análisis del financiamiento de estos posgrados como contribuyente a esa discusión, en tanto se ha pasado de una formación fundamentalmente estatal desarrollada en las universidades nacionales o el Ministerio de Salud, a posgrados pagos, aún en las universidades que reconocen y mantienen la gratuidad de los estudios de grado.

La escasez de becas en relación con el número de cursantes es notoria aunque las instituciones financiadoras también merecen comentarios en cuanto a su diversidad: empresas, organismos internacionales, jurisdicciones provinciales, hospitales y otros como se indica en el cuadro.

Cuadro 8. Financiamiento y costos / aranceles

Financiamiento	Carreras en Universidades Públicas	Costos		Carreras en Universidades Privadas	Costos	
		Máx.	Mín.		Máx.	Mín.
Grupo I Esp. en SP y Epidemiología	3	1500		1		
Grupo II Ma. en SP	9	4000	2000	1		
Grupo III Esp. en Administración y Gestión	2	4600	2000	4		
Grupo IV Ma. Administración. y Gestión	5	6400	4000	12	12000	6000
Grupo V Esp. y Ma. c/Subespecialidades	5	4500	3000	10		

Fuente: Elaboración propia en consulta a administración de los posgrados.

Los datos volcados en los cuadros 8 y 9 indicarían claramente el retiro del Estado como financiador de la formación. Algunas carreras tienen becas de programas, de organismos internacionales o de organismos provinciales de salud. Pero la mayor parte de los cursantes paga aranceles por cuenta propia.

En cada celda se indica el número de alumnos que alcanza. Los números absolutos indican las dimensiones de la fuerza de trabajo y RRHH de Salud Pública que se están formando con esta asistencia a diferencia de las Diplomaturas anteriores al '91 en que todos los cursantes eran becados por los organismos gubernamentales donde trabajaban.

Cuadro 9. Becas

Becas	Institución	Becas Propias Universidad	Ministerio de Salud Nacional	Ministerio de Salud Provincial	OPS	Programas Internacionales
Grupo I Esp. en SP y Epidemiología	Ministerio de Salud 5 becas de Residencia		8 PRESSAL	4 becas de Residencia		UNESCO
Grupo II Ma. en SP	4 Ministerio Educación de la Ciudad de Bs. As.	3 +Disminución aranceles cursantes con cargo docente	2			6
Grupo III Esp. en Administración y Gestión			25			
Grupo IV Ma. Administración. y Gestión		Disminución aranceles cursantes con cargo docente				
Grupo V Esp. y Ma. c/Subespecialidades	Fundación Universidad Ayuda aranceles					Kelloggs Foundation

Fuente: Estudio de las becas de posgrado. A Caillon. 1998. Universidad de Belgrano.

HALLAZGOS ARGUMENTALES Y DISCUSIONES

Como síntesis de lo expuesto en el análisis de esta Dimensión se señala que la oferta de posgrado muestra:

- Un gran crecimiento numérico en general, de 793 carreras en 1995 a 1 950 en 2002. En temas de administración y gestión y salud pública ha crecido de 4 carreras con modalidad de diplomatura y 19 cursos en 1991, a 53 carreras universitarias en 2002.
- La presencia, en los títulos que otorga, de términos como gestión, gerencia, calidad y otros en correspondencia con el discurso economicista y eficientista hegemónico en esas décadas.
- En la Fundamentación y Objetivos que redactan para su creación, la aparición de intereses empresariales de salud, la presencia creciente de políticas vinculadas a organismos internacionales y la disminución de menciones al Estado o las necesidades de salud de la población.
- Escasa presencia y limitado alcance de los convenios con ámbitos de atención de la salud.
- El crecimiento correspondiente de la matrícula impulsado por la legislación vigente desde 1995 y por el desempleo creciente de profesionales en el Estado sumado al desplazamiento relativo de las oportunidades de empleo al sector privado.
- Una alta presencia de profesionales de la Medicina entre sus directores y cursantes y notable duplicación de personas en estos cargos.

- El arancelamiento y el financiamiento a cargo de los cursantes, sin provisión de becas, lo que diferencia esta oferta de las existentes en las décadas del '60 y '70, en las que se becaba a funcionarios y empleados del sistema público a fin de capacitarlos en servicio y garantizar la actualización en las funciones a desempeñar para el cuidado integral de la población transformando la titulación en un rédito individual.

El servicio público no depende de lo técnico sino que corresponde al Estado garantizarlo y proveerlo en condiciones de igualdad adoptando el criterio de derecho universal distinto del criterio de public utility de industrias reguladas. El poder de policía para el estado permite en los nuevos servicios públicos “publicar” la administración. Es necesario enfrentar la apropiación privada (y la particular) del aparato del estado desarrollando una actuación autoreferida: interés de la ciudadanía o de la burocracia, rendición de cuentas, evitando la falta de responsabilidad pública que deja la responsabilidad en el mercado o la tecnocracia. La eficiencia organizacional debe ser medida por el impacto social y por criterios de garantía de acceso e igualdad y no de calidad y costos. La noción de “Servidor público lealtad institucional” recupera la cultura de lo público (Nuria Cunill Grau).

¿Son las carreras y sus programas capaces de o tendientes a lograr esta transformación? ¿Los saberes propuestos incorporan el conocimiento del Estado como factor de cohesión social y responsable del bienestar de los habitantes?

El análisis de la Tercera aproximación permitirá argumentar sobre esta pregunta.

CAPÍTULO 7

Tercera aproximación analítica al objeto de estudio.

La Dimensión didáctico-áulica como determinante de la formación

La tercera aproximación se ocupa de los aspectos relativos al curriculum de la formación entendiendo por tal a los aspectos educativos determinados por las dimensiones mencionadas en las aproximaciones anteriores. Dirigida a estudiar los planes de estudio, su estructura, duración, desarrollo, implementación y resultados, analiza la formación efectiva que resulta de estas decisiones educativas:

El currículum está ligado a la administración educativa y a la enseñanza porque cada conjunto de actividades produce oportunidades y limitaciones a lo que se puede aprender; ... y el problema consiste en determinar cómo y por qué ciertas materias resultan más privilegiadas que otras, los valores e ideologías que condujeron a los principios organizativos del currículum, las propuestas y las demandas al currículum que deberían ser examinadas a la luz de lo ocurrido en otras disciplinas y a las condiciones históricas y sociales que produjeron, constituyen, reconstituyen y legitiman esos temas (Cherryholmes, 1987).

Se han señalado en la primera aproximación analítica las consecuencias de las transformaciones en el sector salud y de educación superior y, en particular, la reducción del rol interventor del Estado en el contexto de políticas neoliberales.

También se han especificado los cambios en el ámbito laboral-profesional, en el mercado de empleo, y en las demandas al curriculum para lograr la inserción laboral.

En la segunda aproximación analítica se han descrito los ámbitos gubernamentales e institucionales, sus características, su historia y la cronología de la aparición de las carreras, así como su vinculación con Facultades y Departamentos de las universidades y en algunos casos con los servicios asistenciales.

Se han historizado las concepciones de Salud Pública, el debate de la NPG, la conformación del campo de posgrado y el estado de situación de la oferta de carreras en el área de la SP

Articulando estos análisis se sostiene que las transformaciones sociales –Dimensión social amplia– y en las instituciones universitarias –Dimensión gubernamental-institucional– ocurridas en los años '80 y '90, modificaron los curriculum de las carreras siguiendo las tendencias indicadas como hipótesis provisorias.

En este capítulo se analizarán los diseños curriculares y su implementación, es decir la dimensión didáctico-áulica, considerando la estructura u organización del plan de estudios y los contenidos seleccionados. Se mostrará también el desarrollo y la implementación del diseño curricular, a través de las modalidades de cursado, su frecuencia y carga horaria. Este estudio permitirá realizar consideraciones sobre la formación efectivamente lograda.

LOS PLANES DE ESTUDIO Y LAS ACTIVIDADES COMO DISEÑOS CURRICULARES

Citado por C. Cherryholmes (1987) define R. McCutcheon:

Por curriculum entiendo lo que los estudiantes tienen oportunidad de aprender, tanto a través del curriculum no explícito como del aparente, y lo que no tienen oportunidad de aprender porque ciertos contenidos o ciertas reglas o procedimientos mediante los cuales se ofrecen esas oportunidades, no fueron incluidos.

Lo que los estudiantes tienen oportunidad de aprender se refiere a las comunicaciones y acciones abiertas que son legitimadas y aprobadas; lo que los estudiantes no tienen la oportunidad de aprender son los elementos que no están delimitados tanto en contenidos como en cuanto a reglas y procedimientos mediante los cuales se ofrecen esas oportunidades.

El curriculum es un estudio de aquello que se valora y a lo que se da prioridad y de lo que se subestima y se excluye... Lo que los estudiantes tiene oportunidad de aprender se produce socialmente y está situado históricamente (McCutcheon).

Uno de los objetivos del análisis curricular es determinar cómo y porqué en cada contexto social se ofrecen algunas oportunidades y se excluyen otras, razones que han sido expuestas en los capítulos anteriores. Sin embargo cabe todavía profundizar, entre los temas de la dimensión didáctica, en los contenidos de los programas de las carreras.

Cómo una sociedad selecciona, clasifica, distribuye, transmite y evalúa el conocimiento educativo que considera debe ser público, refleja tanto la distribución del poder como los principios de control social(...) el curriculum define lo que cuenta como conocimiento válido (Berstein, B., 1987).

Bernstein define, basado en estas consideraciones, un curriculum *integrado o, agregado o fragmentado*. Asocia la distribución de un determinado período de tiempo, al que denominará *Unidad*, con el término *contenido* que describe el uso de ese tiempo. Ciertas unidades de tiempo y sus contenidos se presentan en *relaciones especiales* entre sí, que dicen del curriculum si es agregado o integrado. Al examinar las relaciones entre los contenidos en términos de la cantidad de tiempo acordado a él, se confirma en los cuadros señalados que a algunos contenidos se dedica mucho más tiempo que a otros. El estatus relativo de cada contenido puede ser evaluado por el número de unidades de tiempo que tiene asignado. Cabe también la pregunta acerca de si los límites entre uno y otro contenido están claramente marcados, si ellos están aislados entre sí o no, en cuyo caso hablaremos de relaciones abiertas o cerradas entre contenidos. Esta forma integrada o fragmentada- agregada-, no está vinculada al contenido en sí sino a las relaciones y el estatus conferido a él en la organización curricular.

El número de actividades curriculares por carrera es alto. En promedio las actividades curriculares son 20 pero en algunos casos llega a 50. Estos números son evidencia de la *fragmentación* de los diseños curriculares, a la que contribuye también el elevado número de docentes dictantes, y preanuncia la dificultad para la integración que repercutirá en la graduación y en la realización o no de las tesis y su calidad y en la formación efectivamente lograda. La repetición y fragmentación interna, temporal y temática en el dictado de los seminarios que conforman cada programa, facilitan su cursado.

LOS CONTENIDOS⁴¹ DE LOS PROGRAMAS Y LA FRAGMENTACIÓN DE LA CARGA HORARIA

El análisis de los planes de estudio y la consulta a directores y bibliografía permitió determinar áreas sustantivas en las que agrupar las diversas denominaciones con las

41 Se entiende que los conocimientos son producidos socialmente por las comunidades académicas de referencia y por las prácticas profesionales derivadas de su ejercicio. El término contenido se refiere a algunos conocimientos – definidos por procesos asociados al poder y el interés- que se seleccionan específicamente para ser enseñados.

que se presentan los contenidos en los programas: Ciencias sociales, Políticas de salud, Salud Pública, Administración, Gestión/organización, Técnico-instrumentales, Médico-sanitaria, Ambiental, Laboral, Investigación, Trabajos o práctica en terreno. Una vez definidas las áreas se volcó la carga horaria de las actividades curriculares⁴² en cuadros de síntesis y por grupo de carreras. El cuadro de síntesis se observa a continuación y un detalle de cada Grupo se adjunta en ANEXOS.

42 Se denomina Actividades curriculares indistintamente a los seminarios, talleres, pasantías, clases expositivas, etc., aunque se analizará posteriormente la diferencia de la adopción de cada una de estas modalidades para la formación real.

Tabla 11. Síntesis de contenidos de los programas y carga horaria

Áreas de Contenidos	Promedio: horas /nro carreras del grupo	Grupo I		Grupo II		Grupo III		Grupo IV	
		Total	Promedio	Total	Promedio	Total	Promedio	Total	Promedio
Ciencias Sociales	Antropología. Sociología. Filosofía. Historia. Economía. Estudios Culturales	130	32	767	76	91	15	586	37
Políticas de Salud	Políticas gubernamentales, locales, internacionales, APS	155	39	608	60	61	6	358	22
	Tendencias en la situación de salud	110	27	529	53	16	3	283	18
	Demografía	65	16	215	21	45	8	181	11
	Legislación / Bioética	70	17	115	12	70	11	257	16
Salud Pública	Concepciones. Modelos.	30	7	627	63	30	5	200	12
	Epidemiología conceptual y operativa	620	155	619	62	92	15	615	38
Administración	General de servicios y sistemas, planificación, programación	180	45	740	74	259	43	1133	71
Gestión / Organización	De servicios. De RRHH. Monitoreo. Evaluación. Contabilidad. Costos. Auditoría sanitaria. Gerencia	275	69	702	70	638	106	1875	117
Técnico / Instrumentales	Com. Prom. Sist. de Información. Planteo de problemas. Toma de decisiones. Liderazgo. Marketing. Estrategias. Calidad	400	100	710	71	482	80	2352	147
	Inglés. Informática	60	15	200	20	70	11	250	16
Médico / Sanitaria	Atención Médica. Nutrición. Salud materno infantil. Salud adolescente. Gerontología. Salud anciano. Salud mental. Enfermedades transmisibles. Salud reproductiva.	355	88	310	31	208	35	471	30
Ambiental	Sancamiento. Medio ambiente.	80	20	480	48	32	16	176	11
Laboral	Ocupacional. Laboral. Seguridad social	60	15	160	16	0	0	64	4
Trabajos Integradores						144	40	160	10
Investigación	Métodos cuantitativos / cualitativos. Teoría. Modelos. Estadística.	305	76	1189	120	908	227	1387	86
Taller de Tesis/ Trabajo Final			150	100	10	128	21	1380	86
Prácticas en Servicio	O trabajo en terreno	2045	511	160	16			0	0
Actividades Tutoriales	O semipresenciales			200	20			0	0
Cantidad Actividades Curriculares		72	18	203	20	75	12	365	29
Duración en meses		70	17	215	22	109	18	322	20
Carga Horaria Total		5245	1318	9863	990	4271	711	14743	921

Fuente: Elaboración propia en base a la información de los planes de las carreras volcados en los cuadros por Grupo de carreras. Ver en Anexos.

El análisis en conjunto de los 5 grupos y el comparativo entre carreras dentro de cada grupo, permite observar:

- El altísimo número de actividades curriculares para cada programa: desde 13 a 53, con un promedio de 29 en el Grupo IV. Este número de actividades señala la fragmentación en el dictado de contenidos en espacios curriculares de baja carga horaria lo que dificulta la visión integrada o interdisciplinar o de relación con la profesión que supone la SP.
- La incorporación de contenidos de Ciencias Sociales con baja carga horaria y fragmentación disciplinar en todos los programas. La carga horaria promedio de las carreras de Maestrías en SP en este área duplica la de las Especializaciones y Maestrías de Administración y Gestión y es notoriamente mayor que la de las Grupo III.
- En todas las subáreas de Políticas de Salud y en Salud Pública la carga horaria del Grupo II es muy superior a la de los Grupos III y IV. Es menor que la del Grupo I en Epidemiología por el peso de la carga horaria total de la especialidad con modalidad de residencia, que sesga el promedio.
- En el área de administración las cargas horarias se muestran similares entre Especializaciones y entre Maestrías elevando notoriamente el peso de estas asignaturas en los dos últimos grupos sobre las de las áreas señaladas anteriormente. Lo mismo ocurre con las horas de Gestión y Organización y de Contenidos técnico/instrumentales particularmente altas en las carreras del Grupo IV en la subárea de liderazgo, marketing y calidad.
- El área médico-sanitaria y el área ambiental tienen baja carga horaria y similar entre carreras, aun cuando sus contenidos incluyen temas vinculados a problemas netamente de SP como la salud reproductiva, la alimentación, el sanea-

miento ambiental y a pesar de que los directores de los programas son médicos y la mayoría se dicta en facultades de Medicina. Este área no es objeto de estudio en 5 de las 10 carreras del Grupo II así como el área Laboral ocupacional no lo es en 8 de las 10.

- El área laboral-ocupacional y de la seguridad social, es decir de recursos humanos y cobertura en salud, casi no tiene carga horaria de enseñanza en estas carreras. Se señaló ya en la primera aproximación que las cuestiones laborales, de empleo o condiciones de trabajo no ha sido una preocupación de la formación en salud lo que se confirma con estos datos.
- En cuanto a la investigación la carga horaria total y promedio dedicada a la formación para investigar es más alta en las maestrías. Solo dos en el Grupo II no incluyen horas para esta formación, en tanto en el Grupo IV solo informan dos carreras, una de ellas 800 horas, lo que invalida el promedio. La carga horaria de este ítem es notablemente baja considerando que se incluyen en él las horas de Metodología y Estadística.
- La duración en meses y la carga horaria total de las especializaciones es similar entre los dos grupos así como la de las Maestrías entre ellas y se acerca a lo prescrito por la Resolución Ministerial 1168/97 que regula la acreditación de los posgrados.
- No existen las prácticas en servicio como exigencia con obligación de cursado en casi ninguno de los programas. Sólo una indica 160 horas de trabajo en terreno.
- La mención específica de la APS en la denominación de un solo título y su incorporación, como tema central, en un número mínimo de programas.
- La falta de horas previstas para los trabajos integradores y actividades tutoria-

les argumenta sobre el bajo número de las tesis presentadas que se inician en general al concluir el cursado y quedan asociadas al trabajo en soledad del maestrando.

Como rasgos particulares de algunos grupos se señalan:

- La distribución relativamente homogénea de las temáticas en el Grupo II salvo en la carrera de creación más reciente, lo que parece estar indicando la discusión incipiente entre Salud Comunitaria y Salud Pública como enfoques en el campo (ver nota 36).
- La concentración de contenidos en el área técnico-instrumental y de gestión y el peso de la carga horaria de estos contenidos argumenta sobre la mencionada tendencia de los nuevos programas hacia la gerencia y las técnicas administrativas. En los programas del Grupo IV de carreras de creación más reciente, este dato se relaciona con la orientación y formación real y resulta importante para la discusión sobre posgrados que formen profesionales que impacten en la salud de las poblaciones o que gerencien empresas o administradoras de salud.

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL PLAN DE ESTUDIOS

Define la ALAESP en 1987 la estructura de la formación:

(...) una primera fase de los programas de maestría -curricular básica-, y una segunda fase dirigida a la disciplina de base del maestrando que se completará con su trabajo de tesis -énfasis en...-, permitirán la vinculación entre el conocer y el hacer abordando desde distintas formaciones la problemática de la salud para dar respuesta a las necesidades sociales mediante la aplicación técnica del progreso del conocimiento (XIV Conferencia de la ALAESP, 1987).

Los planes de estudio observados presentan modalidades diferentes de organización o estructuración. Algunos se organizan por tramos, otros por ejes, módulos, problemas o casos. Analizando su organización o estructura curricular puede identificarse en general una primera parte correspondiente al cursado de seminarios, ateneos o conferencias que abarcan contenidos básicamente comunes con diferentes énfasis. Estos contenidos se explicitan como de formación teórica-práctica aunque sus actividades son en aula. Agregada a esta primera parte se incluyen actividades para la realización de la tesis o trabajo final. El dictado de estas actividades incluye seminarios de tesis o metodología de investigación y en algunos casos actividades de seguimiento o tutoriales.

Esta organización es la que permite que algunas universidades ofrezcan especialización y maestría en una secuencia de cursado: carrera de especialización a la que sólo se agrega la tesis para obtener el título de Magister. Tres carreras de las estudiadas se presentan como especialidad sin maestría asociada, e informan del cursado en ámbitos de salud al estilo de las residencias. En el caso inverso es muy alto el número de maestrías que se presenta sin carrera de especialización asociada, aun cuando la facultad o instituto universitario dicte los dos tipos de programas.

Sobre la organización del plan de estudios y vinculado al estudio de contenidos del ítem anterior, los docentes de ESPUBA señalan como organización adecuada aquella que delimite claramente el perfil a lograr, la relación que explícita que se establezca entre la práctica profesional y la formación académica y la caracterización de la for-

mación en los servicios de salud universitarios donde desempeñarán sus tareas (Mazáfero, V. E, 2000).

En relación con estas exigencias se afirma que tanto en los documentos como en las consultas a los integrantes de la comunidad profesional y académica de SP se ha expresado como deseable un modelo de formación para la intervención en ámbitos de salud en las carreras de especialización, y un modelo de formación en la definición de políticas e investigación, en el nivel de maestrías. Esta idea incluye la reserva de la formación de especialistas a títulos restringidos de profesiones particulares, esencialmente la medicina, aun cuando en las dos modalidades se reconoce el carácter interdisciplinario del objeto de estudio y de la formación de posgrado. No todas admiten diversidad de títulos. Hay programas que sólo admiten título de grado de médico, otros exigen título de grado en enfermería.

Algunos programas sugieren o incluyen una instancia de complementación para los alumnos que no proceden de áreas de salud o no tengan conocimientos de epidemiología, administración u otras disciplinas básicas en este campo de estudio.

Las denominaciones de los módulos, ejes o tramos indican en algunos casos secuencias temporales, es decir agrupamientos de actividades curriculares en una estructura similar a la de años o ciclos, y en otros casos campos de contenidos o espacios dedicados a un tema central. Aunque muchos de ellos indican la conveniencia de organizarse por problemas o definir competencias ninguno de ellos presenta una estructura o definiciones de este tipo en el plan o diseño completo.

CONTEXTO SOCIAL, DOCENCIA Y ACTIVIDAD SANITARIA. ¿FORMACIÓN INTEGRAL?

DESARROLLO O IMPLEMENTACIÓN DEL CURRÍCULUM. INTENSIDAD Y FRECUENCIA DE ACTIVIDADES PRESENCIALES

Cuadro 10. Carreras según su Duración en meses y horas

Duración de carreras	Menos 10 meses	11 a 17 meses	18 a 23 meses	Más 24 meses	Promedio Carga Horaria
Grupo I Esp. en SP y Epidemiología	1 375hs	1 960hs	1 441hs	1 3840hs	1400 hs
Grupo II Ma. en SP		1	2	7	750 hs
Grupo III Esp. en Administración y Gestión	1	4	1		610 hs
Grupo IV Ma. Administración. y Gestión		3	10	3	900 hs
Grupo V Esp. y Ma. c/Subespecialidades		4	12	1	550 hs
Total	2	13	26	12	53 carreras

Fuente: Elaboración propia en base a datos de las carreras. En cada casilla se indica la cantidad de carreras según su duración en meses

Se ha ubicado a las carreras según lo que informan en sus páginas web u otras publicaciones pero no es único el criterio en cuanto a cómo considerar meses lectivos, períodos de vacaciones, meses reales de dictado, por lo que pueden haberse registrado algunos desplazamientos en los valores límites.

Llama la atención en el Grupo I la disparidad de la carga horaria. Esta modalidad de posgrado, la especialización, es la que presenta más disparidad en todas las áreas disciplinarias y recoge, en las disciplinas vinculadas a las ciencias de la Salud, la discusión sobre carreras con residencia, con dedicación exclusiva y actividad laboral asociadas al cursado, o modalidades más académicas.

La carga horaria de las tres primeras carreras es más parecida y difiere notablemente de la cuarta. Ésta ha adoptado la modalidad de capacitación en servicio no en un ámbito hospitalario sino en un programa del Ministerio de Salud por convenio. Suma así las horas de trabajo como lo hacen habitualmente las residencias hospitalarias a las horas de formación. Se considerará en otro punto la intensidad del cursado, que es diaria en el segundo y cuarto caso, por lo que la distribución de la carga horaria y de las obligaciones de docentes y alumnos es más parecida entre la segunda y la cuarta carrera, a pesar de ubicarse en rangos diferentes de horas y meses. Como se mencionó se presentan carreras de especialización articuladas con maestrías y especialmente en las orientadas, Grupo V, hay un ciclo común. La primera carrera se dicta en un programa articulado con una maestría en la misma temática. A esta carga horaria agrega el trabajo en terreno y el trabajo integrador final en servicio.

El promedio de horas de las maestrías del Grupo II se ubica cerca de la carga horaria exigida por la Resolución ME 1168/97. Ya se ha comentado que la aparición de las maestrías en el campo de la SP coincide con la expansión de los posgrados como sistema cuaternario frente a las tradicionales diplomaturas y cursos, por lo que la carga horaria se establece desde afuera del programa. Se ve también que es levemente elevada por dos carreras que informan sobre 1200 horas, respondiendo a los reglamentos de posgrado de las universidades que las dictan, que así lo exigen. Gran parte de estas

horas se asignan a actividades no presenciales o denominadas de investigación, o que podrían caracterizarse en todo caso como de investigación bibliográfica.

En el Grupo III se repite la situación del Grupo I en cuanto a la disparidad a lo que se agrega la discusión ya señalada entre posgrados de administración o de salud. Las carreras de administración siguen el modelo general, en su mayor parte, de los MBA americanos, de maestría profesional sin tesis, y en el área de salud no está bien definido el perfil de la especialización en estas áreas. Por otra parte estas 6 carreras se definen en varios casos como de Administración hospitalaria e incorporan actividades realizadas como obligaciones laborales de los residentes en los servicios asistenciales que elevan la carga horaria

En el Grupo IV hay 6 carreras con una carga horaria de 1200 horas, como ya se dijo en el Grupo II también de maestrías, por necesidades de coherencia con disposiciones internas de las universidades, que se cumplen con actividades semipresenciales. La carga horaria promedio parece elevada pero es menor la presencial, y uniforme en casi todas las carreras.

Esta situación explica en parte la menor carga horaria promedio de las carreras del Grupo V, ya que al ser más nuevas han sido aprobadas dentro de instituciones que habían reformado sus estatutos, en universidades privadas con reglamentos más flexibles.

La frecuencia y la intensidad del cursado se describen en conjunto. Los datos son aproximaciones dado que los encuentros presenciales no alcanzarían a cubrirla. La concentración en días o encuentros semanales o quincenales acentúa la fragmentación del diseño curricular y dificulta o impide el abordaje interdisciplinario y complejo de

los problemas de salud pública. Aleja también a los cursantes de las tareas de los ámbitos de salud y de práctica profesional y hace improbable el contacto con profesores y el trabajo en equipos.

La modalidad de dictado intensivo, centralizado en pocos días en la semana o el mes, es propia de estas maestrías y en menor medida de las escasas carreras de especialización que adoptan en su cursado la forma de residencia. En este caso su ámbito está restringido al hospital y es escasa la relación con centros de salud o programas de área. Esa modalidad intensiva responde a la necesidad de traslado de docentes cuando no son residentes en la localidad, y al perfil de los alumnos que no son de tiempo completo y no abandonan sus ocupaciones para el cursado y no son destinatarios de becas. Esta modalidad parece dar respuesta parcial a la situación pero obligaría a crear mecanismos de supervisión más amplios para las prácticas, para las tutorías de tesis e incluso para la lectura de materiales de los cursos. En algunos casos se prevé esta situación con coordinadores de módulos locales o docentes locales complementarios.

DIDÁCTICA Y METODOLOGÍAS DE ENSEÑANZA

Se mencionan en los programas como metodologías de enseñanza:

- talleres integrados de varios seminarios; conferencias, ateneos, reuniones bibliográficas problematización; clases teóricas; paneles; mesas redondas;
- ensayos; monografías; fichado bibliográfico; lectura crítica; trabajo con documentos; estudio dirigido; formulación de planes y proyectos operativos; preparación de materiales docentes; trabajos de investigación de campo; talleres tendientes a la resolución de problemas aplicando indicadores estadísticos; presentación

de temas a cargo de los maestrandos para estimular el espíritu crítico; presentación de informes;

- entrevistas a funcionarios y usuarios; análisis de casos; visitas a establecimientos y organismos; trabajos de campo con presentación de informes en epidemiología; visitas a instituciones y establecimientos de salud, discusiones con expertos.

La inespecificidad de las metodologías⁴³ en relación con los contenidos que involucran y su falta de correspondencia con las posibilidades de implementación real y con las modalidades de evaluación previstas, hace pensar en una asignación acrítica para cumplir requisitos de la presentación de los programas. La heterogeneidad parece responder también al hecho de que la decisión sobre una u otra metodología didáctica y de evaluación corresponde a los docentes a cargo.

Especial atención debería prestarse al estudio del formato de estos posgrados y de su modelo de capacitación al que Cristina Davini (Davini y otros, OPS 2002) caracteriza como el *formato escolar*:

- Tendencia de la formación como suma de disciplinas a través del control de las comunidades disciplinares materias/horarios, cierre del debate disciplinar al elegir el formato escolar.
- Fragmentación del dictado y de la estructura curricular correspondiéndose con las disciplinas pero también con las transformaciones del mercado laboral docente. Imposibilidad de integrar el conocimiento de las múltiples disciplinas enseñadas

43 Se ha excluido de esta tesis la observación de actividades docentes in situ por lo cual no se hacen consideraciones sobre este aspecto (metodologías) en tanto uso y realización efectiva. Sí puede decirse que la elección de cada modalidad de enseñanza o didáctica parece recaer en los docentes ya que aparecen mencionadas en los programas de cada uno de ellos y en pocos casos, en la resolución de creación de carrera como tal.

en el formato fragmentado para el ejercicio de la profesión y de sus problemas complejos.

- Institucionalización, encierro en la universidad de la formación y capacitación para lo laboral /alejamiento, distancia de los lugares de práctica y de desempeño profesional, pérdida de contacto con el **sentido** de la formación.
- Del fordismo/ taylorismo con un único producto, un solo modelo de profesional que es además una suma de partes, como el producto de la línea, más la concepción positivista de la creación del conocimiento como suma, siempre creciente.

FORMACIÓN EN Y PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Las situaciones de *formación en la práctica* pueden definirse como un *arreglo de condiciones espacio temporales, de actividades y artificios técnicos*, organizadas en torno a un régimen de alternancia, con el propósito de habilitar para una profesión u oficio, en el cual un sujeto va construyendo formas de desempeño eficiente y ético. Las vías privilegiadas para esta formación según señala Glazer (1966) son:

- La interacción racional y emocional con el objeto de trabajo.
- El desarrollo de las tareas inherentes al puesto de trabajo.
- La identificación con los otros significativos.

Julio Frenk (1992) define la Salud Pública como campo de conocimiento y ámbito de acción. Para estimar la posibilidad que tiene los programas de formar en éste último sentido se analizarán los ámbitos y modalidades de formación práctica.

¿Cuáles son los principios conceptuales, los retos organizativos y las características del contexto epidemiológico y social para esa formación? Señala Frenk que es necesaria una base conceptual como campo de investigación y prácticas de la profesión, una Base de Producción de conocimientos, la Base de Reproducción para la enseñanza de la Salud Pública, y la Base de Utilización que identifique las necesidades de salud y la organización de servicios integrales.

Se incluyen a continuación definiciones de otros actores de prestigio en el campo curricular en general y de la Salud Pública, pertenecientes a diferentes tradiciones y teorías, que señalan la importancia y características que debería adoptar la práctica, no como opuesta a la teoría sino como su par dialéctico:

Los ciclos de formación en la práctica:

durante los estudios o seminarios, y el ejercicio pre-profesional, ofrecen al estudiante la posibilidad de acceder a saberes institucionalizados en el campo profesional de pertenencia a través del diagnóstico in situ de los problemas propios del campo de intervención específico, el planeamiento de estrategias de resolución de problemas y la puesta a prueba de la estrategia elaborada (Andreozzi, M. 2000).

Berger y Luckman definen la socialización profesional:

como tipo particular de socialización secundaria, posibilita al sujeto la internalización de submundos institucionalizados en función de la división técnica del trabajo y la distribución social del conocimiento. Adentrar tales submundos compromete la adquisición de una serie de códigos y significados articulados en esquemas de acción e interpretación que intervienen en los modos de hacer-representar social. En tales esquemas de interpretación se van construyendo los rudimentos de un aparato legitimador, cuya función es otorgar validez cognoscitiva a los comportamientos.

Estas condiciones o criterios de socialización y/o formación en la práctica para el ejercicio de la profesión, hacen indispensable, la disponibilidad de un ámbito, de infraestructura, conjunto de servicios, sistema, programas, que consideren simultáneamente la formación y la acción, al igual que la existencia de instituciones y programas comprometidos con la SP.

Así, plantea Schön (1992):

(...) aprender una práctica implica conocer tanto las tradiciones de una comunidad de prácticos como al mundo de la práctica que éstos habitan. Las instituciones representan las reglas de juego y con todas sus limitaciones el conocimiento en acción es una forma de hacer las cosas y una forma de enfocar lo que no se sabe, por lo que la reflexión en la acción tiene una función fundamental. En tanto la capacitación esté orientada o diseñada por actores que comparten los mismos comportamientos que se intenta remover, es común que no se pongan en discusión las rutinas que inhiben el cambio, reforzando en muchos casos los patrones de control (status quo).

Sobre el *trabajo en terreno* dice uno de los directores de los posgrados analizados que no deben confundirse con los trabajos prácticos porque:

(...) consiste en proveer un espacio para sintetizar y aplicar en situaciones reales las enseñanzas recibidas en coparticipación con los docentes. Sólo así se internaliza el modelo de acción que caracterizará su desempeño profesional como sanitarista: delimitar primero los temas o problemas que caracterizan el sujeto de su labor para luego plantear las soluciones más apropiadas para resolverlos (Mera, J. 1997).

Se pregunta Mario Testa, en *Sobre la teoría y práctica de la salud pública* 1997:

¿Cómo hacemos para constituirnos en actores del Estado de manera que lo que dicen los actores se incorpore a los temas de la agenda pública porque se exige su discusión? Lo cotidiano va construyendo lo social, el poder y el accionar cotidiano construye las transformaciones en el ejercicio.

Sea cual fuere la conceptualización que se atienda preferentemente, la primera dificultad para la concreción del perfil de profesional planteado es la de la escasez de ámbitos de cuidado, atención, tratamiento o prevención en salud que cuenten con programas o personal específicamente destinado y formado para el desempeño profesional en el área de referencia. Estos programas y personal resultan imprescindibles en la constitución de un ámbito para la formación en ejercicio. Los convenios que refieren algunos de las carreras son convenios marco de colaboración interinstitucional inespecífica. En los casos de las carreras de especialización asociadas a una residencia se informa de su dictado en servicios hospitalarios pero no se describe con claridad la articulación entre los programas del servicio y las actividades de formación.

En tanto en la experiencia internacional la formación en Salud Pública se vincula cada vez más a las *aplicaciones* (García de Fanelli, A., 2000) y a las *actividades en servicio y de impacto social* como en Cuba y Canadá, en los programas estudiados no se hace mención de esa tendencia o necesidad. Las modificaciones a futuro se relatan como *incorporación de las modalidades de dictado a distancia para alcanzar otras regiones o sedes de la propia de la universidad* y se asocian más a la creación de un mercado de trabajo académico que a las necesidades de formación de recursos humanos para la intervención efectiva en la mejora de la salud de la población.

El registro y análisis de las modalidades de formación práctica propuesta por los programas y los ámbitos en los que se realiza, se realizaron siguiendo las variables definidas por Marcela Andreozzi (2000) para analizar la formación en la práctica y para la Práctica Profesional.

Cuadro 11. Formación en la práctica y para la Práctica Profesional

Formación en y para la práctica profesional	Ubicación de la práctica en la carrera	Modalidad/ tipo de práctica	Carga horaria	Evaluación o Promoción	Acompañamiento o Tutoría	Convenios que sostengan las prácticas	Docentes designados para tutorías	Tipo de ámbito de práctica
Grupo I Esp. en SP y Epidemiología.	Durante todo el cursado No se especifica	En servicio	1=1500 Asociada a residencia 2=300 hs	No se especifica	Supervisión del coordinador del programa ministerial	Con Ministerio de Salud nacional	Docentes de servicios de salud donde se desarrollan residencias	Oficinas ministeriales
Grupo II Ma. en SP	Sólo una carrera informa	Pasantía	200 hs			No específicos	Cuando los posgrados se dictan en el interior en algunos casos	Donde se desempeña el maestrando
Grupo III Esp. en Administración y Gestión	Sólo una carrera informa		30%					
Grupo IV Ma. Administración. y Gestión	Ninguna carrera lo especifica					No específicos		Donde se desempeña el maestrando

Fuente: Elaboración propia sobre información contenida en los programas de las carreras y completada en las entrevistas.

Los programas informan que las actividades en y para la Práctica Profesional se realizarán en relación con la inserción laboral que tengan los alumnos en simultáneo con el cursado. No hay, salvo en dos casos, inserción laboral o pasantías requeridas y provistas por el programa, de manera que los estudiantes tienen que gestionar o adecuar las pasantías y prácticas a las posibilidades de los lugares de trabajo o sus contactos personales. La práctica en y para la profesión resulta así, una instancia de formación

heterogénea aleatoriamente pertinente al programa o tema de tesis y fundamentalmente sin impacto planificado u organizado en los ámbitos profesionales y/o de salud.

LA INVESTIGACIÓN. FORMACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DE TESIS Y TRABAJOS DE GRADUACIÓN

Se ha señalado la privatización de los espacios de formación y el interés individual en el cursado de las carreras.

Se mencionó también la escasa graduación vinculada a la no presentación de los trabajos finales en el caso de las especializaciones y/o a las de las tesis en el caso de las maestrías y no a la interrupción del cursado. Se asoció esta situación con la búsqueda de contactos profesionales o con la adquisición de técnicas o instrumentos para la gestión que no requieren de la titulación.

¿Cómo se vincula la formación para la investigación con la elaboración de tesis o trabajos finales?

La tesis no es un trabajo ni de consultoría ni monográfico, por lo que corresponde aquí el debate sobre lo académico- profesional, tanto en el carácter del trabajo final de la maestría como en la supuesta diferencia entre actividades prácticas en terreno, la residencia en SP o el dictado de seminarios y talleres vinculados a la investigación como formativos.

Los espacios curriculares relacionados con la investigación o los dispuestos para los talleres de redacción, no se vinculan directamente con los contenidos de seminarios a cargo de docentes diferenciados. Es posible observar en los cuadros de Contenidos

y Carga horaria de cada grupo que los espacios de formación para la investigación están fragmentados en varios seminarios de carga horaria baja. Cada seminario remite a contenidos de metodología de investigación tradicionalmente dictados en forma expositiva o enciclopédica. Sólo en tres carreras del total en estudio, la carga horaria destinada a investigación supera las 250 horas, probablemente incorporando a ese número las horas destinadas a los trabajos finales o de tesis. En estas últimas las horas de seminarios se combina con talleres para la elaboración de tesis o el trabajo final de 200 a 300 hs de duración. En las otras la carga horaria de estos talleres es mínima, cuando se menciona. La formación para la investigación y la tesis independizada del cursado aparece en las entrevistas como una de las causas centrales para la no graduación.

Acentuando estas consideraciones se afirma que los temas de tesis no muestran trabajos asociados a la profundización de conocimientos de acciones o políticas sino que en general se limitan a estudios de casos o desarrollos en ámbitos restringidos relacionados con el título de grado del tesista o con su ámbito profesional de inserción. En numerosos casos son resultado de trabajos de consultorías o vinculación.

Cuadro 12. Investigación

Formación para la Investigación	Proyectos propios del Posgrado en 5 últimos años	Consultarías realizadas / actuales	Proyectos de Tesis presentados	Tesis publicadas o en prensa
Grupo I Esp. en SP y Epidemiología	9/7/10			
Grupo II Ma. en SP	7/1/15		13/67/3	22/14/54
Grupo III Esp. en Administración y Gestión	6/1	8		13
Grupo IV Ma. Administración. y Gestión	16/17/22	6/2/2/44	11/10/16/13	24/44/8
Grupo V Esp. y Ma. c/Subespecialidades	4/5	11	43	6

Fuente: Elaboración propia en base a datos de los documentos de carreras y entrevistas con alumnos y directores. Las barras / indican diferentes carreras.

Las tesis, dice el Dr. Stein, *sobre los grupos actuales de investigación y docencia se observa que más que grupos parecen ser personas que trabajan en el tema.*

Se exige en todos los casos que la tesis sea de realización individual. Sin embargo, un objeto de estudio inter o multidisciplinar requiere por definición un abordaje desde distintas disciplinas, y la forma fragmentada en que se investigan los temas no ayuda a construir una mirada compleja. Es posible pensar en trabajos de investigación que den lugar a tesis sobre el proceso de planificación en salud o el desempeño del estado tanto como la investigación sobre necesidades de poblaciones seleccionadas o evaluación de

instituciones coordinadas en su trabajo de campo o alcance y con aportes particulares que permitan la titulación de las personas intervinientes.⁴⁴

Si el campo de la SP es un campo interdisciplinar, como lo señalan todos los programas, que además se definen como académicos, es fundamental que las tesis resulten en producción de nuevos conocimientos. Las grandes universidades, estatales y públicas en su financiamiento y dependencia administrativa, no se vinculan con las políticas ministeriales en el campo de la investigación o de la planificación en salud y por lo tanto esa producción no contribuye a la creación de conocimiento académico en la disciplina ni impacta en los ámbitos de intervención en salud. En un solo caso, en una carrera de especialización del Grupo I se han presentado tres trabajos de graduación sobre un mismo tema focalizado en tres tipos de profesionales.

Al analizar los temas de tesis o trabajos finales a partir de la lista de títulos disponibles, que se incorpora en los ANEXOS, se observa el alcance restringido del ámbito donde se ha realizado la investigación y el tratamiento de temas no prioritarios, fragmentados, repetidos y superpuestos. (Dr. A. Zurita. Entrevista).

En las carreras de especialización Grupo I, que se dictan en Facultades con carreras de grado en Salud, dos de ellas con modalidad de residencia, los temas están vinculados a la prevención y atención de la salud y se desarrollan estudios sobre servicios de salud.

44 Dos de estos casos se observan en una maestría donde el objeto de estudio común es abordado por maestrandos de diferentes profesiones según su formación.

Las tesis de las carreras de Administración y gestión en particular, Grupo III y IV, en cuanto a su alcance, son frecuentemente informes de consultoría, propuestas de intervención o estudios de casos únicos⁴⁵.

⁴⁵ Resulta interesante en este sentido observar que el alto número de tesis presentadas en las carreras del Grupo IV, de creación más reciente, que se dictan en facultades no de ciencias de la salud y con alto contenido en gestión, guarda similitud con el número de trabajos de consultoría informados.

HALLAZGOS Y DISCUSIONES

Se ha argumentado en este capítulo sobre las múltiples consecuencias de la fragmentación entre contenidos, entre éstos y los espacios de práctica profesional o de formación para la práctica y entre la investigación y la realización de los trabajos de titulación, la repetición interna, temporal y temática, en el dictado de los seminarios que conforman cada programa, facilitando su cursado y la designación de los mismos docentes en varios de ellos, los temas de tesis que se centran en temáticas de interés personal o de casos alejados de las posibilidades de converger o impactar en políticas públicas.

Expresamente no se menciona en este análisis el término *Competencias*, tan asociado en los últimos tiempos a las instancias de formación profesional. El motivo central es que ninguna de las carreras lo menciona como organizador de su propuesta didáctica. Sin embargo, por su presencia en las discusiones actuales en el campo y por su relación con la necesidad de encontrar un modelo que asuma la articulación teoría y práctica en la formación profesional, se vuelcan aquí algunos conceptos y comentarios.

Ruiz (2000) entiende por competencia:

aquella capacidad de las instituciones o personas que iguala a un requerimiento, aquella calificación, preparación o habilidad que es adecuada a una cierta necesidad o demanda, capacidad que además de específica es relativa porque implica tener idoneidad o pertinencia o ser apropiada a dimensiones de la realidad social, sistémica o institucional.

El concepto de competencias debe ser redefinido en el contexto de la educación ya que su surgimiento como estructurante de programas educativos tiene en su origen la discusión con el concepto de calificaciones y la detección y formación de individuos *competentes* para el mercado de trabajo. Mientras el término competente refiere

a la definición del puesto de trabajo y al perfil que caracteriza al trabajador que se considera apto para cubrir determinado puesto, la noción de competencia describe las aptitudes y capacidades del trabajador apto para un cambiante puesto definido genéricamente y que se acerca al perfil buscado. La adopción acrítica del término competencias, sin evaluar las consecuencias de este cambio, responde al avance de un modelo personalista, individualista, que centra el análisis del trabajo en las capacidades individuales y las trayectorias educativas y laborales específicas más que en las habilitaciones profesionales derivadas de la formación asociada a un título o certificación. Estas nociones y esta discusión remiten también a la idea de certificación permanente y de evaluación de desempeño. En este punto la existencia de programas formadores de competencias en abstracto definen un rol profesional caracterizado por Robert Reich (1995) como el de un *analista simbólico*, un profesional del sector servicios apto para las tareas cambiantes y desvinculado de las prácticas sociales específicas y del compromiso con sus consecuencias.

Miradas menos críticas desde lo socio-político asocian la noción de competencias con la adquisición de habilidades y destrezas, como capacidades complejas que pueden ponerse en práctica y ser observadas en su eficacia y aplicación. En su trabajo *De las calificaciones a las competencias en la formación de la fuerza de trabajo*, Ruiz pone a consideración un conjunto de competencias cuya incorporación en la planificación educativa se considera deseable, tomando en cuenta la situación social y de salud de la región.

(...) frente al momento crítico de su evolución en que se encuentran las instituciones de educación en SP (IESP) la respuesta a las expectativas y demandas de la población, los sistemas de salud y la fuerza de trabajo sigue siendo insatisfactoria,... Para su desarrollo son necesarios dos elementos, mayor representatividad de la práctica de la salud pública en las respuestas educativas y mayores vínculos entre la academia y los servicios de salud. (Ruiz, 2000).

Aseveración que a pesar de centrarse en las competencias no difiere de lo escrito en esta tesis en relación con la necesaria integración y la creciente distancia entre formación e intervención.

Relacionado con la fragmentación descrita y analizada también es pertinente mencionar el enfoque de *integración docente-asistencial*.

En *La Integración docente asistencial*, Educación médica y salud vol. 20 nro. 1 del año 1986, Carlos A. Vidal y José Quiñones (1986) la definen como un proceso de articulación creciente entre las instituciones de educación y servicios de salud, para mejorar la atención de la salud, orientar la producción de conocimientos y la formación de personal. El objetivo básico es el de mejorar la atención de la salud y aumentar la capacidad operativa de los servicios. En opinión de los autores las acciones básicas de estas instituciones deben tener carácter multidisciplinario y multiprofesional y la investigación permanente de los aspectos concretos de la realidad constituir su base... Las actividades de servicio deben formar parte del aprendizaje convirtiendo al estudiante en un estudiante-trabajador por lo cual los propósitos fundamentales de la Integración docente asistencial son mejorar la atención de la salud de la población y mejorar el proceso de enseñanza y aprendizaje entendiéndose éste como el conjunto de actividades y medios que posibilitan la transmisión y producción de conocimientos necesarios para una práctica social de adecuada. Señalan como requisitos centrales de esta formación, la existencia de un sistema de servicios de salud cuya organización permita la participación y acceso de la población por grados de complejidad, con referencia y contra-referencia, con una amplia base de atención primaria y con una población definida.

Las consideraciones y los argumentos de este capítulo no se dirigen a ver la calidad de los programas en estudio, tareas propias de la evaluación o acreditación de la calidad,

ni el estado del campo de conocimientos. No pretenden tampoco argumentar sobre las modalidades de gestión o control en el seguimiento de los objetivos planteados. La preocupación que guió el análisis buscó explicar la desvinculación entre los ámbitos de formación universitaria y de asistencia de salud como respuesta a las políticas de desempleo, privatización, preeminencia del mercado y otras ya descritas. Intentó también señalar sus consecuencias en la formación para las políticas públicas estatales o de interés común.

Los desplazamientos señalados como hipótesis serán entonces retomados en el Capítulo final.

CAPÍTULO FINAL

Conclusiones

MODELOS ANALÍTICOS PARA LA FORMACIÓN DE POSGRADOS Y SU EXTENSIÓN A OTROS CASOS
DE ANÁLISIS POLÍTICO-CURRICULAR

Se ha señalado en el Capítulo 2 *Decisiones metodológicas*, la pretensión de avanzar sobre la definición de *tipos ideales* que actúen como modelos analíticos para opciones educativas cuando se busque profundizar en la orientación real de la formación. Para ello se ha trabajado en tres dimensiones analíticas que responden a la teoría curricular, en especial a las producciones de Basil Bernstein y Alicia de Alba, y a los continuadores de su obra.

En función de esas dimensiones, variables e indicadores se configura *un modelo analítico* que parte de la definición del interés por lo público entendido como el interés común de la sociedad, la necesaria y rectora intervención del Estado en las políticas de formación de profesionales y el peso del mercado de empleo en los sectores público y privado, de la salud y de la educación universitaria como determinantes de la oferta y la demanda hacia la formación. Especialmente se considera la integración entre necesidades sociales, las propuestas educativas críticas y la preparación para el ejercicio profesional con responsabilidad social.

El modelo analítico busca explicar, sistematizar, profundizar el estudio de una propuesta educativa desde las dimensiones e intereses descriptos. Parte de un rasgo central de la realidad observado por el investigador, en este caso la desocupación o desempleo de

los profesionales, y analiza el caso en sus aspectos curriculares para establecer relaciones e implicancias.

Incorpora el análisis de las políticas públicas, en el ámbito de salud en este caso, de los cambios en el Estado y la sociedad, de la composición de la oferta educativa, su fundamentación, objetivos y realidad curricular, y de los actores intervinientes en su diseño e implementación.

Este modelo analítico discute fundamentalmente con el que estudia las propuestas educativas en su calidad o desarrollo acríticamente, desprendidas de la situación social sobre la que se configura, independientemente del interés que la guía, de la formación que efectivamente logra y de las necesidades sociales que la requieren.

Como se señaló en el desarrollo de la tesis, la centralidad del NPM como teoría general, neutra y científica de la Administración en tiempos neoliberales, suscribe este último modelo para las políticas de formación y gestión.

También discute la tesis con el modelo analítico que propone el estudio de las decisiones políticas o las agendas gubernamentales en tanto las decisiones como tales o las acciones instaladas como de interés común no configuran linealmente propuestas de formación consecuentes con ellas.

La teoría curricular, al considerar la determinación de lo socio-político y lo institucional agregado a lo didáctico y de aula, incorpora necesariamente las implicancias de los contextos históricos en cualquier modelo a definir. Como claramente establece Weber

en la definición de *tipo ideal*, éste no tiene existencia real. Sin embargo sus características, formuladas desde un *interés* particular, remiten a casos que sí la tienen. Observar y argumentar sobre la orientación real de la formación en estos posgrados y su capacidad de formar para las políticas públicas remite a los casos reales. La organización en grupos no coincide, aunque contribuye, a la definición de tipos ideales de curriculum y de su orientación real definidos o modelizados aquí por las características que asumen en ellos las dimensiones, variables e indicadores.

Se caracterizan, con estos argumentos, *tipos ideales* a los que responden los casos:

- un curriculum cuya configuración resulta en una orientación real hacia la formación de especialistas del área de la Medicina o salud, con una estructura fuertemente presencial y de alta carga horaria, total y en las subáreas médico-sanitaria y de SP, con docentes de los servicios de salud o funcionarios, de gran similitud con el curriculum y la organización de las residencias médicas, con baja o nula investigación.
- un curriculum cuya configuración resulta en la orientación a la formación de sanitaristas, con estructura de seminarios fragmentados más tesis, con carga horaria total heterogénea, centrada en las subáreas de políticas de salud, Ciencias Sociales y SP, con escasa previsión de prácticas en terreno y servicio, cuyos docentes tienen trayectoria y desempeño en el ámbito académico, y con contenidos vinculados a concepciones de la Administración como Planificación.
- Un curriculum cuya configuración resulta orientada a la formación de posgraduados en administración hospitalaria, gerencia y gestión de la salud vinculado a las ciencias económicas y empresariales, con alta carga horaria en las subáreas de gestión y técnico-instrumentales, cuyos docentes provienen del ámbito de em-

presas y consultoras, sin investigación, y cuyos trabajos de graduación y tesis se acercan a informes de casos o consultorías.

LOS OBJETIVOS, LAS HIPÓTESIS INICIALES Y LA TESIS

La investigación se ha realizado bajo la hipótesis de que las transformaciones estructurales en el contexto de las políticas neoliberales de los 80 y 90, en particular en el ámbito del trabajo profesional dentro y fuera de la universidad, han determinado los aspectos centrales de la formación universitaria, y consecuentemente las características de la fuerza de trabajo disponible a futuro para la implementación de las políticas públicas en el sector.

La tesis ha argumentado sobre la existencia de tendencias en el período 1990-2002 que desplazan los ámbitos institucionales donde se forman los posgraduados desde el ámbito institucional de salud al de educación, es decir desde los ministerios a la Universidad como instituciones rectoras, y del Estado al mercado, es decir del espacio de lo público al espacio de lo privado.

Se ha señalado que las tendencias mencionadas modifican así

- los destinatarios de la formación, tradicionalmente funcionarios o fuerza de trabajo en el sector con dedicación plena al cursado dirigiéndola al usuario/cliente/consumidor proponiendo un aprovechamiento particularizado no universal y reduciendo su impacto en la atención de la salud;
- la tradicional modalidad de organización curricular de cursos, diplomas o residencias transformándolas en especializaciones y maestrías;

- las temáticas centrales de los contenidos de los posgrados y los títulos que otorgan desde las políticas en salud pública o administración a las estrategias de gerencia y gestión de servicios.

Se ha sostenido que contribuyen particularmente a estos procesos los cambios en el mercado de trabajo y la posibilidad de inserción laboral reducida por el desempleo, la precarización laboral y la tercerización en el estado y las universidades. La percepción de los cursantes acerca del contacto con posibles empleadores o instituciones vinculadas al crédito de organismos internacionales en el cursado, actúa sobre la conformación y sustentabilidad de una oferta de formación tan amplia en número de casos como reducida en sus exigencias de prácticas, presencia, y carga horaria, así como en la adopción de modalidades de dictado intensivo y en aula.

Se ha desarrollado hasta aquí el análisis de las determinaciones curriculares y los alcances con los que estas dimensiones inciden en la formación, a partir de lo cual se verifica una mayor complejidad que la señalada en las hipótesis iniciales y que permite concluir que el retiro del Estado como formador, financiador de la formación y como empleador de sanitaristas, ha desplazado los componentes curriculares de las carreras que se ofrecen

- de lo público a lo privado y de lo universal a lo particular
- desde el predominio del Estado a los requerimientos del mercado laboral y académico-laboral
- desde los Ministerios de Salud con políticas públicas universales a las universidades públicas y privadas particularizadas

- del ámbito de salud, la planificación y los servicios al de educación como organizador de los programas y contenidos,
- desde la prevención y la atención de las necesidades sociales de salud hacia la consultoría y el gerenciamiento como habilidad y titulación individual
- desde las políticas públicas y la administración hacia la formación en técnicas para la gerencia y la gestión como propósito central de la formación.

LA OFERTA DE FORMACIÓN Y LAS DEMANDAS A LA FORMACIÓN

¿Es posible atribuir a las transformaciones en el empleo derivadas de las reformas sectoriales, en los sectores de salud y educación y en la Administración Pública en tanto ámbitos laborales, la responsabilidad de los cambios en la formación?

Como se ha argumentado en el desarrollo de la tesis y las tres aproximaciones, las Reformas del Estado y las reformas sectoriales en el período señalado, actúan conformando una oferta de formación y propuestas curriculares en consonancia con las políticas neoliberales, clientelares, privatizadoras y cooptadas. Lo que se ofrece tiene que ver con lo que los profesionales universitarios buscan para tener mejores oportunidades de empleo académico, asistencial o de consultoría, porque el mercado de trabajo-empleo se redujo y flexibilizó en los 90. Por la misma razón tienen ese formato curricular fragmentado y escolarizado que permite la distribución y el dictado clientelar y particularizadamente distribuido.

La conformación de esta oferta desde los ámbitos laborales es determinante de los cambios o la tendencia a los cambios en la formación porque los profesionales universitarios y organismos internacionales y multilaterales de crédito, tienen capacidad financiera y política-ideológica para redireccionar y conformarla como respuesta, por lo

que puede afirmarse que esta fue una demanda *registrada* (Sirvent, T.) para la creación de posgrados, aunque no para la transformación de las tendencias educativas tradicionalmente vigentes.

Las Diplomaturas que se dictaban hasta los años 90 tenían un formato más laboral que escolar, más universitario, de investigación, que el modelo lineal docente expositor/alumno que constituye la modalidad predominante hoy en las maestrías y carreras de este campo. Por eso se afirma que las necesarias modificaciones en la oferta, que ya estaban planteadas en los años 80, no alcanzaron a transformar la estructura curricular ni la concepción escolar y/o no se lo propusieron.

En cuanto a la demanda, es parte de las demandas de formación y a la formación que los temas aparezcan fragmentados, que no haya requisitos de formación en espacios profesionales, que se pueda cursar quincenalmente, que se acepten trabajos de consultorías como tesis, que las instituciones empleen como docentes a profesionales que estén en la gestión de administradoras y espacios gubernamentales, en ONG's o empresas. Los alumnos, que son profesionales con oportunidades de trabajo reducidas, buscan los posgrados como posibilidad de contacto laborales o como reafirmación de los cargos que tienen. Esto explica también la elección de la institución donde cursar, especialmente las que ofrecen estos vínculos, la baja graduación y el tema de la tesis correspondiente con el desempeño laboral.

¿Es la demanda principal, es la única?

En principio es una demanda consistente en tanto proviene desde diversos ámbitos:

- del Estado que dejó de ser planificador y benefactor, que disminuyó el empleo, y que contrata gerentes y administradores médicos o no médicos con formación o experiencia internacional como consultores para la administración de los servicios,
- de los servicios de salud en tanto requieren administradores para los hospitales de autogestión y para obtener y rendir los créditos que internacionales,
- de los profesionales docentes universitarios y de los profesionales empleados en el sistema de salud, por la flexibilización laboral y el desempleo.

No obstante la razonabilidad y legitimidad de algunos de estos ítems, esas demandas no se articulan con la discusión de un modelo de formación que plantee los problemas de la profesión en SP desde diversos paradigmas, ni los temas actuales de atención integral de la salud desde las nuevas necesidades complejas. No se considera en ellos la APS, la medicina preventiva, poblacional, comunitaria u otras, ni los temas de investigación que interesan a las políticas públicas. Los curriculum fragmentados, de formato escolar, sin relación con los problemas de los ámbitos asistenciales y de servicios de salud, están a cargo de docentes a tiempo parcial y disponibilidades de ámbitos de práctica que configuran una relación docente alumno unidireccional sin capacidad de incidir en procesos de formación integrados.

Como afirmaba el Dr. A. Sonis al ser entrevistado, *el objetivo del sistema de formación de recursos humanos para la salud en salud pública no es formar profesionales sino mejorar la salud de la población.*

En ese sentido la formación de recursos humanos para las políticas de Salud Pública con alcance universal, en el período estudiado parece alejada o no contribuyente al logro del objetivo descripto.

NOTA FINAL

A quince años de finalizado el período en análisis son variados e importantes los cambios políticos ocurridos en Argentina. Numerosas acciones se han realizado en estos últimos diez años para modificar la situación considerada. Se han sostenido políticas de empleo desde el Estado con monitoreo estadístico y académico, se han implementado nuevas escalas salariales, políticas jubilatorias y de recuperación del manejo de los fondos por el Estado que universalizaron la cobertura en salud. Se han creado universidades con propuestas educativas inclusivas y críticas de las propuestas tradicionales, se han articulado acciones entre los lineamientos del gobierno nacional y las universidades.

No se puede afirmar sin embargo que las políticas neoliberales han concluido o se han reparado, en tanto han afectado con profundidad diversos aspectos de la vida social. De los programas analizados se dictan en la actualidad alrededor de treinta, porque no han inscripto nuevos cursantes, porque los resultados de la acreditación los hicieron inviables o porque las instituciones sede decidieron discontinuarlos con decisiones explícitas relacionadas con interés de los cursantes o prioridades institucionales.

Sin embargo, no fue el análisis de estos programas o su continuidad el objeto de esta tesis. Lo hasta aquí presentado no se ha propuesto analizar las carreras, su calidad o las dificultades y resultados de su implementación. Como lo muestra la misma estructura de la tesis el objeto ha sido mostrar la relación entre las políticas públicas, el mundo del trabajo o posible inserción laboral, las instituciones universitarias y la configuración de los programas y sus componentes curriculares.

Se ha iniciado esta tesis con las palabras de sanitaristas indicando la carencia y necesidad de una masa crítica o fuerza de trabajo de profesionales y docentes capacitados en Salud Pública con una visión crítica e integral frente a la posibilidad de cambios en las circunstancias políticas y de atención de la salud. Y es en ese sentido donde hoy se afirma, que a pesar de la aparición incipiente y limitada de otras carreras de dependencia conjunta entre ministerios y universidades, de capacitación en servicio o de formación en acción, las políticas neoliberales de los años 80 y 90 han resistido la posibilidad de una formación de profesionales con impacto positivo en la salud de las poblaciones o en la administración de los servicios y en las políticas públicas en salud. Nuevos trabajos esperan a quienes propongan como necesaria esta articulación.

Buenos Aires, julio de 2016

BIBLIOGRAFÍA

DE AUTOR

Abadie, J.P. Salud, atención médica y negocios en Argentina. Revista del Instituto de Higiene y Medicina Social Vol. II. 1998.

Almeida, M. y otros. *La educación de los profesionales de la salud en Latinoamérica. Teoría y práctica de un movimiento de cambio. Una mirada analítica.* Tomo I. Lugar Editorial. Sao Pablo. 1999. 184p

Andreozzi, M. *Sobre residencias, pasantías y prácticas de ensayo: Una aproximación a la idiosincrasia clínica de su encuadre de formación.* Congreso Internacional de Educación; Buenos Aires. 2000.

Baranchuk, N. S. *Salud y Posmodernidad.* Editorial Alamagesto. Buenos Aires. 1996. 212p

Barsky, O. *Los Posgrados universitarios en la República Argentina.* Editorial Troquel. Buenos Aires. 1997.

Barsky, O. Dávila, M. Coordinadores. *Las carreras de Posgrado en la Argentina y su evaluación.* Editorial Universidad de Belgrano. Buenos Aires. 2010

Belmartino, S. *Argentina: nuevas modalidades y espacios de regulación.* Estado y Sociedad, Las nuevas reglas del juego. Vol. 2. Centro de Estudios Avanzados, UBA, Eudeba. Buenos Aires. Marzo 2000. 474p

Berger, Py Luckman, T. *La construcción social de la realidad.* Buenos Aires. Amorrortu Editores; 1986. 240p.

Bernstein, B. *Clasificación y Enmarcación del conocimiento educativo.* Revista Co-

lombiana de Educación. 1985. 45-71.

Berrún de Tamez, L.N. y Ramos Pérez, E.G. *Las Habilidades requeridas en los egresados de los Posgrados en Salud Pública*. Revista Salud Pública y Nutrición. Julio-Sept. 2000.Volumen 1 N° 3.

Betancur, N. *Las políticas universitarias en América Latina en los años noventa: del Estado proveedor al Estado gerente*. Pensamiento Universitario, abril de 2001 N° 9.

Reformas de la gestión pública y políticas universitarias. Nueva Sociedad. Caracas, Nro. 165, Enero-Febrero 2000.

Bobbio, N. *Estado, Gobierno y Sociedad. Por una teoría general de la política*. Fondo de Cultura Económica. 1989. 249p.

Bourdieu, P. *Algunas Propiedades de los campos* en Sociología y Cultura. Edit. Grijalbo, México. (1990)

Brito, P. Novick, M. y Mercer, H. *El personal de salud y el trabajo: una mirada desde las instituciones*, en Educación Médica y Salud, Vol. 27, No. 1, 1993.

Castel, R. *La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado*. Editorial Paidós Ibérica. Buenos Aires. 2002. 493p.

Cavagnero, E. *Health sector reform in Argentina and performance of the health financing system*, Science Direct, Health Policy 88 (2008) 88-99. Disponible en www.sciencedirect.com

Cherryholmes, C. *Poder y Crítica. Investigaciones posestructurales en Educación*. Cap 1, 3, 5, 7 y 8. Ediciones Pomares Corredor. 1999. 239p

Un proyecto social para el currículo. Perspectivas posestructurales. Universidad de Michigan. 1987.

Coraggio, J.L., Leone, F., Medina, A., Róvere, M. (expositores). *Desafíos actuales en la gestión de salud* Instituto del Conurbano, Programa de desarrollo local. diciembre 1998. San Miguel, Buenos Aires. Universidad Nacional de Gral. Sarmiento. 1999.

Dal Poz, M., Galín, P., Novick, M. y Varella, T. *Relaciones Laborales en el Sector de la Salud*. Agosto. 2000. OPS.182p.

Davini, M.C., Nervi, L. y Roschke, M.A.. *Capacitación del Personal de los Servicios de Salud*. Abril. 2002. OPS. 136p.

De Alba, A. *Curriculum: Crisis, mito y perspectivas*. Miño y Dávila Ediciones. Argentina. 1995. 170p.

El currículum universitario frente a los retos del siglo XXI. México: CE-SU-UNAM; 1992.

De Souza Minayo, M. C. *El Desafío del Conocimiento*. Investigación curativa en Salud. Lugar Editorial. Buenos Aires.1997.

Díaz Barriga, A. *Ensayos sobre la problemática curricular*. Trillas. México 1986. 104p.

Díaz Villa, Mario. *Lectura crítica de la flexibilidad* Volumen 1. Editorial Magisterio Colección Seminarium México-2005

Escudero, J.C. y López, S. *La construcción de una hegemonía: el Banco Mundial en la salud argentina*. Salud Problema y Debate, primavera verano '98; 20, (10).

Esping-Andersen, G. *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Editorial Abril SA. Barcelona 2000. 267p.

Feldfeber, M. (compiladora), *El sentido de lo público, reflexiones desde el campo educativo*. Estado y reforma educativa: la construcción de nuevos sentidos para la educación pública en la Argentina. Ediciones Novedades Educativas, Buenos Aires, México. 2003. 108 – 127

Follari, R. y Berurezo, J. *Criterios e Instrumentos para la revisión de Planes de Estudios*. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos N°1, Vol XI. México. 1981

García de Fanelli, A. M. *Estudios de posgrado en la Argentina: Una visión desde las maestrías en Ciencias Sociales*. Documento CEDES/119, Serie de Educación Superior. Buenos Aires, 2000

García de Fanelli, A. M., Kent Serna, R. *Entre la academia y el Mercado*. ANUIES. Colección Biblioteca de la Educación Superior. Serie Investigaciones. México. Abril 2002

Glazer, M. *El proceso de socialización profesional en cuatro carreras chilenas*. Revista Latinoamericana de Sociología N° 3 Vol. II, Chile, Nov.1996.

Gómez, M. *Mercado de trabajo e inserción laboral de los profesionales universitarios*. Editorial de la Universidad Nacional Tres de Febrero, Buenos Aires, marzo 2001.

Gómez Paz, J. B. *El marco doctrinario de la reforma sanitaria* Revista del Instituto de Higiene y Medicina Social, Vol.1, N° 2, Julio 1997, 9-14p

Hood, Ch. *A public management for all seasons?* Public Administration, Vol. 69. Londres. 1991. 69p.

La argumentación administrativa. Fondo de Cultura Económica, México, DF. 1997. 344p.

Iazzetta, Osvaldo *La recreación de la dimensión pública de la universidad.* Pensamiento Universitario, N° 9. Buenos Aires. Abril 2001.

Iriart, C., Nervi, Olivier, B., Testa, M. *Tecnoburocracia Sanitaria. Ciencia, ideología y profesionalización en la salud pública.* Lugar Editorial. Buenos Aires. 1994. 218p.

Iudicissa Sosa, M. *Información-Conocimiento-Acción: una visión holística para las ciencias de la salud.* Revista del Instituto de Higiene y Medicina Social, N°1 Vol. 1. Abril 1997 (9-18).

Jessop, B. *Crisis del Estado de Bienestar. Hacia una nueva teoría del Estado y sus consecuencias sociales.* Siglo del Hombre Editores. Bogotá. 1999.

Laguado Duca, A. *La construcción de la cuestión social. El desarrollismo post-peronista.* Espacio Editorial. Buenos Aires. 2011. 288p.

Laurell, Cristina, *La salud: De derecho social a mercancía. Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud.* Universidad Autónoma Metropolitana. Fundación Friedrich Ebert. México. 2000

Lodoño, J. L. *Pobreza, desigualdad y formación del capital humano en América Latina, 1950-2025.* Washington D.C. Banco Mundial; 1996.

López A. y Zeller, N. *La administración pública nacional en Argentina 1983-2001: el impacto de las reformas sobre su estructura y personal* 2004.

Lozano, C. (compilador). *Democracia, Estado y Desigualdad*. Segundo Encuentro Nacional por un nuevo pensamiento. Eudeba. Buenos Aires. 2000. 596p.

Marquina, M., Nosiglia, M.C., Paviglianiti, N. *Recomposición neoconservadora*. Lugar afectado: la universidad. Miño y Dávila editores. Buenos Aires. 1996. 229p.

Mazzáfero, V.E. *Editorial: La crisis de la salud pública, la Universidad y la Escuela de Salud Pública*. Revista del Instituto de Higiene y Medicina Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires; N°3 Vol. 4. Buenos Aires. Septiembre 2000.

Epidemiología como conocimiento Básico. Revista del Instituto de Higiene y Medicina Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Funciones Esenciales de Salud Pública. Buenos Aires; 1998.

La Reforma del Estado y la Salud pública. Revista del Instituto de Higiene y Medicina Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires; Vol I y II. Buenos Aires. Julio-Diciembre 1998.

Salud para todos frente al siglo XXI. Diagnóstico y prospectiva. Revista del Instituto de Higiene y Medicina Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires; Vol. I y II. Buenos Aires. Julio-Diciembre 1998.

Mazzáfero, V. E. y Borini, M. *Rol de las escuelas de salud pública en la crisis de la salud: ¿Qué tipo de contribución a la Reforma?*. Revista del Instituto de Higiene y Medicina Social, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires N° 3,

Vol.4, Buenos Aires, Septiembre 2000.

Mera, J. *La enseñanza de la Salud Pública*. Seminario de Acreditación de Posgrados educacionales en Salud Pública. Academia Nacional de Medicina; Buenos Aires. Noviembre 1997. En *La enseñanza de la Salud Pública*. Medicina y Sociedad N° 4 Vol. XX. Buenos Aires. 1997

Muñoz, O. *Hacia el Estado regulador. La Transformación del Estado*. Editorial CIE-PLAN Dolmen Economía y Gestión. Santiago de Chile. 1996. 17-48p 359p

Neri, A. *Perspectivas de salud en América Latina*. Medicina y Sociedad Julio-Agosto, N° 4 Vol. VII. Buenos Aires. 1984.

O'Donnell, Guillermo, *Apuntes para una Teoría del Estado* en Teoría de la Burocracia Estatal: enfoques críticos, Oszlak, O. (compilador). Cap 5, Editorial Paidós. Buenos Aires. 199-249 . 492p

Estado Democratización y Ciudadanía. Revista Nueva Sociedad N° 128 Noviembre-Diciembre. Buenos Aires. 1993. 62-87p.

Lo público universitario como conquista. (Comentario al texto de Offe, Claus. Contradicciones en el Estado de Bienestar. Alianza Editorial. México. 1994.

Oszlak, O. (compilador). *Estado y Sociedad. Las nuevas reglas del juego; Vol. II*. Eudeba – CEA. Buenos Aires. 2000. 474p

El mito del Estado mínimo: una década de reforma estatal en Argentina. Trabajo presentado al V Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado: equidad y Gobernabilidad. 2002.

Pacheco Méndez, T y Díaz Barriga, A. *La profesión universitaria en el contexto de modernización*. Ediciones Pomares. Educación Superior en América Latina. Barcelona. 2005. 160p.

Passos Nogueira. Roberto. *Mercado de trabajo en salud, conceptos y medidas* Educación médica y salud. Vol. 20 Nro. 4. 1986

Passos Nogueira R. y Brito P., *Recursos humanos en la salud de las Américas* Educación médica y salud Vol. 20 Nro 3. 1986

Przeworski, A. *Modernización del Estado y nueva gerencia pública: perspectivas teóricas y experiencias de implementación. Acerca del diseño del estado: una perspectiva principal-agente*. Revista Argentina de Ciencia Política N°2. Buenos Aires. 1998.

Reich, R. B. *El trabajo de las naciones. Hacia el capitalismo del siglo XXI*. Javier Vergara Editor, Buenos Aires. Argentina.1993.

Silva Paim, Jaimilson. *Transición paradigmática e desenvolvimento curricular em saúde pública*. XIX Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública. La Habana. 2-4 de julio de 2000.

Souza, Alina, *Las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación-la Educación en Salud Pública: Alianzas Urgentes*. XIX Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública. La Habana. 2-4 de julio de 2000.

Suasnábar, Claudio. *Situación del sector docente universitario y las transformaciones del mercado académico*. Revista Propuesta Educativa N°13. 1995.

Testa, M. *Sobre la teoría y práctica de la salud pública. Un debate, múltiples perspectivas*. Memorias de grupo de consulta reunido en Nueva Orleans 21-24/10/91. Serie desarrollo de recursos humanos, 1993; N° 98.

Pensar en Salud. Tendencias en planificación. Bs.As.: Lugar Editorial. 1997.

Saber en Salud. La construcción del conocimiento. Buenos Aires. Lugar Editorial. 1997.

Tobar, F. *Características generales*, Documento de investigación de ISALUD, Argentina 1999.

El gasto en salud en Argentina según funciones, Documento de Investigación de ISALUD, Buenos Aires. 2001.

Torres, C. A. *Las secretas aventuras del orden*. En: Estado y Educación. Miño y Dávila Editores. Buenos Aires. 1996.

Uvalle Berrones, R. *Estudio introductorio*. En: Hood, Ch., Jackson, M. La Argumentación Administrativa. México, DF: Fondo de Cultura Económica. 1997. 344p.

Van Vught, F. A. *Evaluación de la calidad de la educación superior: el próximo paso*. En: Vessuri, H. (editora). Enfoques y experiencias. Documentos Columbus sobre evaluación; Vol II. CRE-UNESCO.

ANEXOS

DOCUMENTOS CONSULTADOS

Anuarios de Estadísticas Universitarias. Secretaría de Políticas Universitarias.

Digesto de Recursos Humanos en salud. Leyes y normativas nacionales. Ministerio de Salud. Gobierno de la Nación OPS Julio 2001; N° 52 Tomos 1 y 2.

Documento de consenso a propósito del Decreto 1424/97. Comisión de expertos en Salud Pública del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos.

Estadísticas básicas de universidades nacionales. Argentina. Ministerio de Cultura y Educación. 1982-1992

Jornadas: Política de Formación de Recursos Humanos en Salud. Facultad de Medicina. UBA La Prensa Médica. Buenos Aires 1991

Ley de Educación Superior N° 24521. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. 1995

Leyes y Decretos referidos al Nivel Superior. Documentos del Consejo de Universidades. Ordenanzas ministeriales.

Mapa de la oferta de Educación Superior en la Argentina. Informe Final. Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología. 2000.

OPS. La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis y bases para la acción. Reunión sobre Formación de Posgrado en Salud Pública en la República Argentina. Publicación N° 33, Agosto 1993.

OPS. Fortaleciendo la Salud Pública en las Américas, Serie Desarrollo de Recursos Humanos. Octubre. 1999.

OPS. Estrategias innovativas para la educación en Salud Pública en las Américas.

OPS. II Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública. Reforma sectorial y funciones esenciales de Salud Pública: Desafíos para el Desarrollo de Recursos Humanos. México. Mayo. 1999. 73p.

OPS. OMS. Desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos en el sector de la salud. 43er Consejo Directivo, 53ª Sesión del Comité Regional; 24-28 septiembre del 2001; Washington, D.C.

OPS.OMS. Gestión de calidad de los posgrados en Salud Pública. Mario Ròvere. Área de Desarrollo Estratégica de la Salud. Unidad de desarrollo de Recursos Humanos. 2004

OPS. Perfil del Sistema de Servicios de Salud. República Argentina. 1998-2001.

OPS. La crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el debate. Publicación Científica N° 540 1992. 280p.

OPS. Sobre la teoría y práctica de la Salud Pública. Un debate, múltiples perspectivas. Memorias de un grupo de consulta reunido en Nueva Orleans, 21 10-91. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, N° 98. 1993.

OPS. Trabajo en salud. Análisis de tres perspectivas: mercado de trabajo-fuerza de trabajo-sociología de las profesiones. Educación Médica y Salud; N° 1 Vol. XXV. 1991. 1-89p.

SIGLAS UTILIZADAS

APN. Administración Pública Nacional

APS. Atención Primaria de la Salud

CAP, Comisión de Acreditación de Posgrados

COFESA, Consejo Federal de Salud

CONEAU. Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria

EPH. Encuesta Permanente de Hogares.

FLACSO. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales

LES. Ley de Educación Superior

MECyT-ME. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología Ministerio de Educación

NPM. New Public Management

PNUD. Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo

PRONATASS. Programa Nacional de Asistencia Técnica para los Servicios Sociales

SICUN. Sistema Interuniversitario de Cuarto Nivel

SPU. Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de la Nación

CUADROS BASE PARA LA TABLA 11 DE CONTENIDOS Y CARGA HORARIA

Grupo I: Carreras de Especialización en Salud Pública y Epidemiología

Áreas de Contenidos y Carga Horaria	Año Creación	1994	1998	1998	2001
Asignaturas. Seminarios. Talleres. Conferencias. Mesas.					
Ciencias Sociales	Antropología. Sociología. Filosofía. Historia. Economía. Estudios Culturales	2x30	40		30
Políticas de Salud	Políticas gubernamentales, locales, internacionales, APS	30	80	45	
	Tendencias en la situación de salud	30	80		
	Demografía	15	20		30
	Legislación / Bioética		40		30
	Concepciones. Modelos.	30			
Salud Pública	Epidemiología conceptual y operativa	60x2	40x2	4x45	200 40
Administración	General de servicios y sistemas, planificación, programación	60	80		40
Gestión / Organización	De servicios. De RRHH. Monitoreo. Evaluación. Contabilidad. Costos. Auditoría sanitaria. Gerencia	3x30	2x40	45	40
			20		
Técnico / Instrumentales	Com. Prom. Sist. de Información. Planteo de problemas. Toma de decisiones. Liderazgo. Marketing. Estrategias. Calidad	60	2x20		2x40
		30	3x40		30
	Inglés. Informática		20		40
Médico / Sanitaria	Atención Médica. Nutrición. Salud materno infantil. Salud adolescente. Gerontología. Salud anciano. Salud mental. Enfermedades transmisibles. Salud reproductiva.	60	Módulo 160	3x45	
Ambiental	Saneamiento. Medio ambiente.		40		40
Laboral	Ocupacional. Laboral. Seguridad social	60			
Trabajos integradores		2x30			
Investigación	Métodos cuantitativos / cualitativos. Teoría. Modelos. Estadística.	15	2x20		80
		3x30	40		40
Taller de Tesis / Trabajo Final		150			
Prácticas en Servicio	O trabajo en terreno		320	3x75	1500
Actividades Tutoriales	O semipresenciales				
Actividades Curriculares		23	22	12	15
Duración en meses		10	16	20	24
Carga Horaria Total		375	460	630	3.840

Fuente: Elaboración propia en base a la información de las carreras en sus planes de estudio. Cuando se incluye multiplicación (Por ej. 2x30) se quiere decir que hay 2 actividades curriculares de 30 hs presenciales cada una.

Grupo II: Maestrías en Salud Pública

Áreas de Contenidos y Carga Horaria	Año Creación	1989	1994	1995	1995	1996	1998	1998	2000	2001	2001
Asignaturas, Seminarios, Talleres, Conferencias, Mesas.											
Ciencias Sociales	Antropología. Sociología. Filosofía. Historia. Economía. Estudios Culturales	90	15	80x2	50	40	30	16	40	3x15	60
					40	20		16	3x20	25	60
Políticas de Salud	Políticas gubernamentales, locales, internacionales, APS	50	2x15	80	40	30	144	32			
			30			12					
	Tendencias en la situación de salud	160		80x2	55		40		40/50	20	
	Demografía		15	80	50	20		10	20	20	
Salud Pública	Concepciones. Modelos.	50		80	40	90	30	40	40	20	80
								2x24			80
	Epidemiología conceptual y operativa	160	30		50	30	30	32	20	28	
					50	20	144				
Administración	General de servicios y sistemas, planificación, programación	100	30x2		2x40	30x2	30		50	70	
		180			50		40		20		
Gestión / Organización	De servicios. De RRHH. Monitoreo. Evaluación. Contabilidad. Costos. Auditoría sanitaria. Gerencia			80	5x40	30	40	30	20	24	
					50	20	160				
							48				
Técnico / Instrumentales	Com. Prom. Sist. de Información. Planteo de problemas. Toma de decisiones. Liderazgo. Marketing. Estrategias. Calidad	80	15	80	50	13x2	144		2x20	35	
			30x2		40	40			2x40		
	Inglés. Informática							5x30	50		
Médico / Sanitaria	Atención Médica. Nutrición. Salud materno infantil. Salud adolescente. Gerontología. Salud del anciano. Salud mental. Enfermedades transmisibles. Salud reproductiva.	100	30x20				48	16x2		35x2	
Ambiental	Saneamiento. Medio ambiente.	60	15			40	30	2x34	50	50	2x30
		60						22			20
Laboral	Ocupacional. Laboral. Seguridad social								50		110
Trabajos Integradores											
Investigación	Métodos cuantitativos / cualitativos. Teoría. Modelos. Estadística.	160x2	15	240	3x50	30	24		50	20/35	
									2x20	2x25	
Taller de Tesis/ Trabajo Final						20			80		
Prácticas en Servicio	O trabajo en terreno								160		
Actividades Tutoriales	O semipresenciales									200	
Actividades Curriculares		13	42	11	24	22	16	20	25	21	9
Duración en meses		24	18	24	20	18	24	24	20	16	27
Carga Horaria Total		1215	890	1120	798	950	600	1180	1200	1120	610

Fuente: Elaboración propia en base a la información de las carreras en sus planes de estudio. Cuando se incluye multiplicación (Por ej. 2x30) se quiere decir que hay 2 actividades curriculares de 30 hs presenciales cada una.

Grupo III: Carreras de Especialización en Administración y Gestión

Áreas de Contenidos y Carga Horaria	Año Creación	1986	1996	1997	2002	2003	2003
Asignaturas. Seminarios. Talleres. Conferencias. Mesas.							
Ciencias Sociales	Antropología. Sociología. Filosofía. Historia. Economía. Estudios Culturales	16					75
Políticas de Salud	Políticas gubernamentales, locales, internacionales, APS	16			45		*
	Tendencias en la situación de salud	16					
	Demografía				45		
	Legislación / Bioética	16	30/15		24		*
Salud Pública	Concepciones. Modelos.		30				
	Epidemiología conceptual y operativa	32	60				*
Administración	General de servicios y sistemas, planificación, programación	2x16	30x2		45		90
		32					
Gestión / Organización	De servicios. De RRHH. Monitoreo. Evaluación. Contabilidad. Costos. Auditoría sanitaria. Gerencia	3x16	50	122	2x45		165
		32	30	115	66		
Técnico / Instrumentales	Com. Prom. Sist. de Información. Planteo de problemas. Toma de decisiones. Liderazgo. Marketing. Estrategias. Calidad	16x2	2x50	122	23		30
			2x30	115			
	Inglés. Informática	48			22		
Médico / Sanitaria	Atención Médica. Nutrición. Salud materno infantil. Salud adolescente. Gerontología. Salud anciano. Salud mental. Enfermedades transmisibles. Salud reproductiva.	2x16	40x2				
		32/64					
Ambiental	Saneamiento. Medio ambiente.	32					
Laboral	Ocupacional. Laboral. Seguridad social						
Trabajos Integradores		96/48			40		
Investigación	Métodos cuantitativos / cualitativos. Teoría. Modelos. Estadística.	16/32		860			
Taller de Tesis / Trabajo Final		128					
Prácticas en Servicio	O trabajo en terreno		30%				
Actividades Tutoriales	O semipresenciales						
Actividades Curriculares		25	15	5	10	12	8
Duración en meses		16	16	24	15	16	14
Carga Horaria Total		656	1100	860	820	400	435

Fuente: Elaboración propia en base a la información de las carreras en sus planes de estudio. Cuando se incluye multiplicación (Por ej. 2x30) se quiere decir que hay 2 actividades curriculares de 30 hs presenciales cada una.

Grupo IV: Maestrías en Administración y Gestión

Áreas de Contenidos y Carga Horaria	Año Creación	2002	1999	2000	1998	1997	2000	2002	2002	2002	1999	1999	1996	1987	1987	1994	1994	1999
Orientación	Enfermería	Asignaturas, Seminarios, Talleres, Conferencias, Mesas	Salud Mental	Bucal	Gerontología	E	M	E	M	E	M	E	M	E	M	E	M	E
Ciencias Sociales	60	Antropología, Sociología, Filosofía, Historia, Economía, Estudios Culturales				18	18	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36
Políticas de Salud		Tendencias en la situación de salud																
Salud Pública	45	Legislación, Bioética																
Administración	45x2	Gestión de servicios y sistemas, planificación, programación																
Gestión / Organización	120	De servicios De RH/H, Monitoreo Evaluación, Contabilidad, Costos Auditoría sanitaria, Gerencia.																
Técnico / Instrumentales	60	Com. Prom. Sist. de Información, Planificación de problemas, Toma de decisiones, Liderazgo, Marketing, Estrategias, Calidad																
Médico / Sanitaria	45	Inglés, Informática																
Ambiental		Atención Médica, Nutrición, Salud materno infantil, Salud adolescente, Gerontología, Salud del adulto, Salud mental, Enfermedades transmisibles, Salud reproductiva																
Laboral		Saneamiento, Medio ambiente																
Trabajos Integradores	150x2	Ocupacional, Laboral, Seguridad social																
Investigación	45x3	Métodos cuantitativos / cualitativos, Teoría, Modelos, Estadística																
Taller de Tesis / Trabajo Final	100	O trabajo en terreno																
Prácticas en Servicio		O Semipresenciales																
Actividades Curriculares																		
Duración en meses																		
Carga Horaria Total																		

Fuente:Elaboración propia en base a la información de las carreras en sus planes de estudio. Cuando se incluye multiplicación (Por ej. 2x30) se quiere decir que hay 2 actividades curriculares de 30 hs presenciales cada una.

Grupo V: Especializaciones y Maestrías con subespecialidades

Áreas de Contenidos y Carga Horaria	Año Creación	2002	1999	2000	1998	1997	2000	2002	2002	2002	1999	1996	1987	1994	1999
	Orientación								Bucal	Gerontología	E	M	E	M	Seguridad Social
Asignaturas, Seminarios, Talleres, Conferencias, Mesas.															
Ciencias Sociales											18	18	36		36
	Antropología, Sociología, Filosofía, Historia, Economía Estudios Culturales		60									3x36	3x36		36
															30
	Políticas gubernamentales, locales, internacionales, APS											36	3x36		20
												40	36		30
Política de Salud	Tendencias en la situación de salud				40							36	8x36		40
												36			40
	Demografía													18	13
														10	10
														27	40
Salud Pública	Legislación Bioética														24
	Concepciones. Modelos.		45												
	Epidemiología conceptual y operativa		60		40						18	40		36	40
Administración	General de servicios y sistemas, planificación, programación		45x2		4x40							36x2			30
											48	30	36		
											48	6x40	36		
Gestión / Organización	De servicios. De PRIH. Municipios. Evaluación. Contabilidad. Costos. Auditoría sanitaria. Gerencia		120		40x3										24
															36
															2x10
Técnico / Instrumentales												48			27
												12			3x30
															18
															7x27
															10
Médico / Sanitaria															4x36
															10
															2x18
															30
															50
Ambiental												40x3			36
															18
Laboral	Atención Médica. Nutrición. Salud materno infantil. Salud adolescente. Gerontología. Salud comunitaria. Salud mental. Enfermedades transmisibles. Salud reproductiva.												36		
Trabajos Integradores	Sanamecno. Medio ambiente.										48		2x36		
													160		
	Ocupacional / Laboral. Seguridad social												3x36		3x50
Investigación			150x2								30x78	96x5		27	
	Métodos cuantitativos / cualitativos. Teoría. Modelos. Estadística.		45x3		60							18	36	72	10
					3x40								36	48	50
Prácticas en Servicio	Baller de tesis. / Trabajo Final		100		40							300	1008		
	Prácticas en Servicio														
	Actividades Tutoriales														
	Actividades Curriculares														
Duración en meses															

FICHA INDIVIDUAL (CON INFORMACIÓN DE DIVERSAS FUENTES PARA CADA CARRERA)

UNIVERSIDAD	
NOMBRE DE LA CARRERA	
TÍTULO QUE OTORGA	
FACULTAD, ESCUELA O UA	
DIRECTOR. NOMBRE Y MECANISMO DE DESIGNACIÓN	
TÍTULO Y FORMACIÓN	
DEDICACION HORARIA	
AÑO DE INICIO	
CAMPO DISCIPLINAR	
CONVENIOS	
FINANCIAMIENTO Y BECAS	
ESTRUCTURA Y	
ACTIVIDADES CURRICULARES	
Actividades de formación para la práctica profesional	
DURACION TOTAL-modalidad de cursado	
Horas presenciales	
Investigación	
OTRAS	
TESIS Y PLAZOS	
DOCENTES	
PROPIOS DEL POSGRADO	
INVITADOS	
TÍTULO DE POSGRADO	
ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN	
ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA	
ALUMNOS NÚMERO Y CARACTERÍSTICAS	
GRADUADOS	

DENOMINACIÓN Y PERTENENCIA INSTITUCIONAL DE LAS CARRERAS ANALIZADAS

ESPECIALIZACIONES GRUPO I

1. en Epidemiología de campo. Universidad Nacional de Tucumán
Ministerio de Salud
2. en Salud Pública. Centro de Educación Médica e Investigaciones
Clínicas CEMIC
3. en Epidemiología. Universidad Nacional de Rosario
4. en Salud Pública-Universidad Nacional de Salta

MAESTRÍAS GRUPO II

1. en Salud Pública Universidad del Salvador
2. en Salud Pública Universidad Nacional de Tucumán
3. en Salud Pública -Universidad de Buenos Aires
4. en Salud Pública-Universidad Nacional de Rosario
5. en Salud Pública Universidad Nacional de Córdoba
6. en Salud Pública -Universidad Nacional de General San Martín
7. en Salud Pública. Universidad Nacional de Catamarca
8. en Salud familiar y Comunitaria Universidad Nacional de Entre Ríos

9. en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús
10. en Salud Pública con APS. Universidad Nacional de Salta

ESPECIALIZACIONES GRUPO III

1. en Administración de Sistemas y Servicios de Salud. Instituto Universitario de Cs. de la Salud ISALUD
2. en dirección de Sistemas de Salud. Universidad Nacional de Tucumán
3. en Administración y dirección de organizaciones de Salud. Instituto de Altos Estudios y Universidad Austral
4. en Gestión de las organizaciones privadas de salud. Universidad del Museo Social Argentino
5. en Gestión de salud. Universidad Nacional de Lanús
6. en Auditoría y calidad de la atención médica. Universidad Favaloro

MAESTRÍAS GRUPO IV

1. en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud. Universidad Favaloro
2. en Administración de Sistemas y Servicios de Salud UBA
3. en Administración de Salud. Universidad Maimónides

4. en Gerencia y Administración de Servicios de Salud. Universidad Nacional de Córdoba
5. en Administración de Salud. Universidad Católica Argentina
6. en Administración de Servicios de Salud. Universidad Católica de Córdoba
7. en Administración de Servicios de Salud. CEMIC
8. en Administración de Servicios de Salud. Universidad de Cs. Empresariales y Sociales
9. en Gerencia y Administración de Servicios de Salud. Universidad del Aconcagua
10. en Gestión de la calidad en instituciones de salud Instituto Tecnológico de Buenos Aires
11. en Gestión de Sistemas de Salud. Universidad de Morón
12. en Sistemas y Servicios de Salud. Universidad Nacional de Rosario
13. en Administración sanitaria. Universidad Católica de Salta
14. en Gestión hospitalaria y Servicios de Salud. Universidad Siglo XXI
15. en Gestión de Servicios hospitalarios. CAECE
16. en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Universidad Nacional de

Lomas de Zamora

17. en Gestión de organizaciones de Salud. Universidad Nacional de La Plata

ESPECIALIZACIÓN Y MAESTRÍAS GRUPO V

1. en Economía de la Salud. Universidad Nacional de La Plata
2. en Administración y Políticas Públicas. Universidad de San Andrés
3. Esp. en Economía y gestión de la Salud ISALUD
4. M. en Economía y gestión de la Salud ISALUD
5. en Gestión de Servicios de gerontología ISALUD
6. en Administración de Servicios de Enfermería. Universidad Nacional de Rosario
7. en Administración de Servicios de Enfermería. Universidad Nacional de Río Cuarto
8. en Gerenciamiento integral de Servicios de Enfermería. Universidad Maimónides
9. en Servicios de Enfermería. CAECE
10. en Políticas y Administración en Salud mental. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales UCES

11. en Gestión de Servicios de Salud Mental ISALUD
12. en Servicios de Salud Bucal. ISALUD
13. en Ciencias Sociales con mención en Salud FLACSO
14. en Salud ocupacional. Universidad Nacional de Lomas de Zamora

TÍTULOS DE TESIS Y TRABAJOS FINALES POR GRUPO

GRUPO I. TÍTULOS DE TRABAJOS FINALES PARA LA GRADUACIÓN EN CARRERAS DE ESPECIALIZACIÓN

La enfermedad meningocócica en la ciudad de...

Nuevas propuestas para estimar la cobertura de vacunación anti-sarampionosa

La mortalidad por causas extremas como aproximación diagnóstica de la violencia

Síndrome de Burnout en los profesionales médicos, de enfermería, psicólogos...que se desempeñan en centro regional...

Propuesta de vigilancia epidemiológica y monitoreo del programa integral de abordaje de tuberculosis.

Equipos interdisciplinarios y proceso salud enfermedad en enfermos de SIDA

Evaluación de la implementación del anteproyecto de programa de Reforma en Salud Mental.

Elaboración de un sistema de vigilancia epidemiológica para maltrato infantil

VIH perinatal. Una aproximación epidemiológica a la realidad de las mujeres VHI+ que asisten al hospital municipal.

Análisis de la mortalidad materna a propósito de una intervención.

La diabetes Mellitus tipo 2 en el área operativa XXXVI dentro del programa de APS en diabetes.

Diagnóstico de accesibilidad al centro de salud xxx

Guía para la planificación en educación para la salud en el marco de la planificación local participativa.

Falta de control de la fecundidad y sus consecuencias a nivel individual y social.

Proyecto de prevención en la depresión puerperal.

Calidad de la atención médica hospitalaria en...

Clasificación funcional de los comedores infantiles en la provincia de...

Prevalencia de factores de riesgo por enfermedades cardiovasculares por malnutrición en niños

GRUPO II. TÍTULOS DE TESIS DE MAESTRÍA PRESENTADAS

Evaluación del Programa Materno Infantil y Nutrición

La alimentación infantil en familias en situación de pobreza en la ciudad de...

El Hospital... Forma organizativa, perfiles de producción y mecanismos de financiamiento.

Mercado y condiciones de trabajo del personal de enfermería de la ciudad de...

El proceso de gestión de la Secretaría de Salud Pública de la ciudad de...

Epidemiología de la Salud mental: Construcción de las bases conceptuales.

Proceso de profesionalización de la Odontología Argentina.

Cumplimiento de la referencia y contra-referencia en redes de salud local.

Patrones de descripción y uso de medicamentos genéricos

GRUPO III. TÍTULOS DE TRABAJOS FINALES PARA LA GRADUACIÓN EN CARRERAS DE ESPECIALIZACIÓN

Estudio de calidad del hospital...

Alcances y limitaciones del presupuesto por programa como herramienta de gestión.

Costos basados en las actividades de un centro de cirugía ambulatorio

Evaluación de la calidad del servicio de consultorios externos.

Desarrollo de un sistema de costos como soporte para la toma de decisiones

Exploración de sistema de costos hospitalarios por producto sanitario

Nuevos modelos de gestión para el hospital

Enfoque de gestión para organizaciones

Evaluación y desarrollo de estándares e indicadores para la atención

GRUPO IV. TÍTULOS DE TESIS DE MAESTRÍA PRESENTADAS

¿Invertir en salud o gastar en Enfermedad?

Las prestaciones médicas en Argentina, análisis, problemática actual y soluciones propuestas.

El capital humano en organizaciones de salud. El caso de servicio de auditoría médica en una obra social.

Responsabilidad social de la empresa

Dispositivos de bioseguridad, programa comercial.

Economía, marketing y garantía de la calidad participativa en la reforma del primer nivel de atención.

Empresa privada de emergencias y urgencias. Análisis FODA

Plan de marketing para una unidad productiva de cirugía y traumatología

Aplicaciones conceptuales a la ética empresarial

Salud materna perinatal. Un modelo de gerenciamiento.

Reingeniería de la administración de un centro de salud

Inserción de una empresa de salud en el mercado de turismo salud